

**Delib.G.P. 19 marzo 2012, n. 412 <sup>(1)</sup>.**

**Approvazione "Piano di settore disabilità - Obiettivi e sfide delle politiche per le persone con disabilità in Alto Adige 2012-2015".**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Trentino-Alto Adige 3 aprile 2012, n. 14, Supplemento n. 3.

---

La *legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13*, "Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano" e successive modifiche ed integrazioni, disciplina il riassetto del settore sociale e delle competenze amministrative in materia di gestione dei servizi sociali;

La *Legge Provinciale 30 giugno 1983, n. 20*, "Nuove provvidenze in favore dei soggetti portatori di handicaps" e successive modifiche ed integrazioni, regola il settore della disabilità e ha permesso il solidificarsi dei diritti delle persone con disabilità, nonché il potenziamento dell'assistenza sanitaria e sociale, delle prestazioni nel settore scolastico, della formazione professionale e dell'inserimento nel mondo del lavoro;

Il Piano sociale provinciale 2007-2009 approvato il *15.09.2008, con delibera 3359*, prevede l'elaborazione di Piani di settore di alta qualità, che partendo da un'analisi della situazione esistente, elaborano programmi generali di intervento. A tale riguardo il Piano sociale provinciale pone particolare attenzione ai settori della gioventù e infanzia, delle persone con disabilità e degli anziani;

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU a New York nell'anno 2006, sancisce i diritti umani per la persone con disabilità, al fine di permettere loro la piena partecipazione alla vita sociale. Gli stati che hanno ratificato la Convenzione, tra cui l'Italia, si impegnano all'adozione di misure idonee a garantire alle persone con disabilità sicurezza sociale ed un adeguato standard di vita.

Su queste basi l'ufficio soggetti portatori di handicap della Ripartizione Famiglia e politiche sociali, ha elaborato in collaborazione con un'ampia rete di servizi specifici pubblici e privati, un Piano di settore riferito all'area della disabilità. Il Piano contiene l'analisi del quadro giuridico, l'elencazione delle offerte esistenti nel settore della disabilità, l'analisi del bisogno e un catalogo di misure accompagnato dalla relativa pianificazione delle risorse.

Il Piano di settore è stato presentato al Consiglio dei Comuni, il quale ha espresso parere positivo in data 05.12.2011.

Tutto ciò premesso e considerato la Giunta provinciale a voti unanimi espressi nei modi di legge,

Delibera

---

---

**[Testo della deliberazione]**

1. di approvare il *Piano di settore disabilità - Obiettivi e sfide delle politiche per le persone con disabilità in Alto Adige 2012-2015* e il *testo in lingua facilitata*, allegati alla presente deliberazione e che ne fanno parte integrante;
  2. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
- 

---

**Allegato**

**Piano di settore disabilità - Obiettivi e sfide delle politiche per le persone con disabilità in Alto Adige 2012-2015**

Dicembre 2011

Ufficio soggetti portatori di handicap

**Ringraziamenti**

È grazie al fattivo contributo e all'interessamento di numerose persone con disabilità e delle loro famiglie che è stato possibile elaborare il *Piano di settore disabilità - Obiettivi e sfide delle politiche per le persone con disabilità in Alto Adige 2012-2015* che qui presentiamo. Con grande disponibilità ci hanno resi partecipi della loro vita quotidiana e ci hanno messi in grado di comprendere più a fondo la realtà in cui in Alto Adige si vive la condizione di disabilità, consentendo di procedere all'elaborazione condivisa di questo documento.

Un sentito ringraziamento va anche alle numerose figure professionali - responsabili e teams dei Servizi sociali e sanitari territoriali - ed a chi ha partecipato agli incontri fra esperti.

Particolarmente prezioso è stato inoltre il contributo dei collaboratori/delle collaboratrici nelle numerose associazioni e cooperative sociali. Ringraziamo infine le direttrici ed i direttori come pure le collaboratrici/i collaboratori degli altri uffici del Dipartimento Famiglia, Sanità e Politiche sociali e tutte le istituzioni e Ripartizioni provinciali implicate.

**Coordinamento generale:**

Ute Gebert, Ufficio soggetti portatori di handicap (24.3)

**Autori e supervisor scientifici:**

Luca Fazzi, Università di Trento

Walter Lorenz, Università di Bolzano

## **Collaborazione scientifica:**

Sylvia Rainer

Sonja Seppi

## **Co-autrici:**

Ute Gebert

Lorella Franchi

Sylvia Rainer

È consentito l'utilizzo dei dati e dei testi qui riportati purché ne sia citata la fonte: Provincia Autonoma di Bolzano, Ripartizione Famiglia e Politiche sociali, Ufficio Soggetti Portatori di handicap, Piano di settore disabilità, Bolzano 2011

## **Premessa**

Il Piano sociale provinciale 2007-2009 prevede la stesura di specifici Piani di settore per i vari *target* di rilevanza socio-politica, destinati ad impostare le politiche sociali in maniera più mirata garantendo il livello qualitativo degli interventi ed una pianificazione più efficace e più vicina ai fabbisogni.

Il presente documento di pianificazione per il settore della disabilità è frutto di un impegno profuso pluriennale che ha visto coinvolte tutte le categorie interessate, accanto ai responsabili dei servizi e delle strutture operanti nel settore.

Partners di assoluto rilievo erano tuttavia le stesse persone con disabilità che hanno contribuito ad impostare il decorso ed a gestire i contenuti del dibattito in tutte le sue fasi.

Affrontando l'elaborazione del Piano di settore, abbiamo intrapreso un percorso di apprendimento condiviso, iniziato con l'accertamento delle realtà di vita quotidiana delle persone con disabilità e dei loro familiari. Da tale processo è maturata la definizione di linee guida condivise ed infine la stesura del presente documento.

Quanto al processo di apprendimento percorso da tutte le persone coinvolte, ritengo auspicabile che esso non si esaurisca con la presentazione del Piano di settore, ma che funga da modello di gestione per le politiche che intendiamo portare avanti nel settore della disabilità.

In Alto Adige, la sfida che le politiche specifiche dovranno affrontare negli anni a venire, è innanzitutto rappresentata dall'obiettivo di garantire l'elevato standard attuale delle prestazioni, dei servizi e delle strutture. Il grado di distribuzione territoriale e la qualità dei servizi attualmente erogati rispondono senz'altro a criteri internazionali. La valutazione futura del nostro operato avrà per misura la nostra capacità di sviluppare una più ampia e più attiva partecipazione di tutti i gruppi sociali e di riorganizzare l'attribuzione delle responsabilità fra il settore pubblico e la cittadinanza. In tale prospettiva, occorre focalizzare meglio l'attenzione sull'equilibrio fra diritti e doveri, attuando quanto previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Nella percezione individuale dei cittadini/delle cittadine, la qualità di vita è determinata anche dal grado di coinvolgimento in quelle sfere di vita che la nostra società considera essenziali, dalla possibilità o meno per l'individuo di farne parte. I nostri Servizi avranno cura di adeguarsi ancor meglio a queste mutate esigenze, sviluppando metodologie atte ad offrire aiuti idonei e personalizzati.

Ritengo che questo documento non vada letto come catalogo degli interventi previsti, bensì quale guida o vademecum per una comunicazione più efficiente sulle esigenze delle persone con disabilità da un lato e sulle prestazioni offerte dall'altro.

Nella percezione della condizione di disabilità stiamo sempre più focalizzando l'attenzione sulle competenze che le persone con disabilità hanno acquisito nel gestire la vita quotidiana. Infatti, né le barriere architettoniche né quelle sociali impediscono loro di affrontare coraggiosi la propria vita, fungendo, accanto ai propri familiari, da importanti partners degli altri esperti operanti nei vari Servizi e nelle strutture sociali, sanitarie e scolastiche. È nostro obiettivo fornire le risorse occorrenti, per sostenere i cittadini/le cittadine con disabilità nell'individuazione delle proprie competenze, nella gestione autonoma e responsabile della propria vita e dei servizi a loro dedicati ed agevolando loro la scelta attiva degli interventi di sostegno più opportuni.

Il Piano si prefigge di consentire alle persone di partecipare alle attività e nelle esperienze che la nostra società considera momenti essenziali per una vita ricca di appagamento, di renderle capaci di cogliere le opportunità e di affiancarle: uomini e donne, bambini ed adulti, anziani, lavoratori/lavoratrici e pensionati/pensionate, nel pieno rispetto della loro dignità di cittadini e cittadine.

L'assessore alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali

Dott. Richard Theiner

## **1. Obiettivi e metodologie di elaborazione del Piano**

Il Piano sociale 2007-2009 prevede che per ogni ambito sociale venga elaborato un Piano di settore quale strumento di programmazione. Tale previsione trova attuazione nel documento che stiamo per presentare. Le informazioni raccolte in numerose consultazioni delle persone con disabilità, dei loro familiari e di altre persone esperte in materia, insieme ai dati emersi dall'elaborazione del materiale statistico disponibile, hanno consentito di tracciare un quadro particolareggiato delle condizioni di vita delle persone con disabilità. Su questa base documentale è stato possibile definire delle linee guida per i miglioramenti da adottare in futuro.

### **1.1. Gli obiettivi**

Gli obiettivi perseguiti con il Piano di settore sono i seguenti:

1. Fornire un quadro circostanziato e completo dello stato attuale degli interventi previsti in provincia di Bolzano nel settore disabilità. Saranno esposti l'entità e le caratteristiche qualitative dei programmi d'intervento, i servizi e gli operatori coinvolti nella relativa attuazione;
2. individuare le nuove sfide sociali e le politiche emergenti che riguardano la vita delle persone con disabilità, l'organizzazione dei servizi ed i vari programmi d'intervento;

3. descrivere ed analizzare i punti di forza e di debolezza degli interventi attuali e delle risposte a problemi ed esigenze delle persone con disabilità;
4. individuare principi, strategie e programmi atti a far sì che gli interventi soddisfino le esigenze delle persone con disabilità;
5. accertare il fabbisogno di risorse - di ordine finanziario, organizzativo e sociale - occorrenti per la realizzazione dei suddetti programmi ed interventi;
6. avviare un processo in cui venga tarato di comune accordo il rapporto fra fabbisogno e offerta di servizi, coinvolgendo direttamente le stesse persone con disabilità.

## 1.2. I principi

Il Piano di settore è un documento programmatico che si ispira ad una serie di principi che rispondono a quelli stabiliti nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità <sup>(2)</sup>.

Tali principi ne hanno guidato la stesura, ma rivestono altresì un ruolo di rilievo in termini operativi e strategici per il conseguimento degli obiettivi. Essi recepiscono le indicazioni del Piano di azione comunitario a favore delle persone con disabilità per il periodo 2004-2010 che mira a conseguire:

- a. la piena attuazione della Direttiva sulle pari opportunità per le persone con disabilità in tema di occupazione
- b. l'integrazione dell'argomento disabilità nelle tematiche dello sviluppo europeo
- c. il miglioramento dell'accessibilità di tutte le sfere sociali essenziali e la piena partecipazione alla vita sociale.

Il Piano rispetta i seguenti principi:

1. **La persona al centro dell'attenzione.** In primo luogo, il Piano vuole essere un documento incentrato sulle capacità, sulle esigenze e sulle attese delle persone con disabilità e dei loro familiari. Ciò richiede l'analisi dei fattori di supporto e relazionali, necessari per la realizzazione di progetti di vita personalizzati.

2. **L'autodeterminazione, insieme alla percezione ed al riconoscimento delle capacità** delle persone, rappresenta il secondo principio ispiratore del Piano. L'obiettivo è quello di definire degli interventi per il settore disabilità che mettano gli utenti in grado di svolgere un ruolo attivo nella nostra società.

3. **Il superamento di barriere architettoniche, strutturali e sociali.** Nel rispetto dei due principi sopra illustrati, il Piano è fondato sulla convinzione che le persone con disabilità debbano essere aiutata, attraverso interventi socio-politici mirati, a realizzare i propri piani di vita orientati su valori condivisi da tutta la società. La disabilità non è determinata dalle sole caratteristiche della persona, ma è anche frutto della reazione a tali caratteristiche da parte della società. Normalizzare la percezione delle diversità ed accettarle (l'inclusione) costituisce un compito centrale della società contemporanea ed un criterio rilevante della qualità di vita.

4. **La valorizzazione delle reti sociali e dei contatti nella vita quotidiana.** Il Piano ribadisce il concetto di una responsabilità allargata riguardo al benessere delle persone con disabilità - come di

tutta la cittadinanza - della responsabilizzazione, cioè, dei numerosi operatori ed operatrici informali e formali, ivi incluso l'ambito commerciale. Occorre rafforzare le sinergie fra le reti e fornire loro le risorse necessarie. L'enfasi sulla responsabilità sociale riprende le raccomandazioni dell'Unione Europea circa l'adozione del principio della *social accountability*, con due finalità: quella di responsabilizzare maggiormente in chiave sociale le politiche pubbliche nel loro insieme, e quella di mettere in evidenza come la responsabilità sociale vada a beneficio non solo di singoli individui "bisognosi di aiuto", bensì dell'intera collettività.

**5. *Il sostegno alla famiglia e alle reti sociali.*** La famiglia riveste un ruolo fondamentale nella promozione dell'autonomia e per la piena partecipazione delle persone con disabilità. Di conseguenza, il Piano pone la famiglia, in tutte le sue configurazioni strutturali, al centro delle misure d'intervento. Supportata adeguatamente e valorizzata nel suo ruolo, la famiglia adempie ad una funzione decisiva di indirizzo e di sostegno lungo i percorsi di vita delle persone con disabilità, verso l'autodeterminazione e la partecipazione attiva alla vita sociale. I componenti il nucleo familiare della persona con disabilità rappresentano, quindi, un'importante risorsa nello sviluppo di piani di vita personalizzati ed autogestiti. Il Piano di settore valorizza pertanto il ruolo della famiglia quale partner sia della persona con disabilità che delle reti di servizio.

**6. *La responsabilità pubblica nella gestione degli interventi.*** Essendo la disabilità una questione di interesse pubblico, non meramente individuale e privata, il Piano di settore stabilisce la responsabilità primariamente pubblica riguardo alla gestione ed al coordinamento di interventi e sviluppi in materia. Ne risulta enfatizzato l'ancoraggio della cooperazione fra servizi formali ed informali in un quadro di precisi diritti. I partenariati fra operatori pubblici e privati allargano la responsabilità sociale, senza con ciò nulla togliere alla responsabilità dei gestori pubblici riguardo alla predisposizione di un'offerta di sostegno equa, territorialmente equilibrata e di elevata qualità.

**7. *La valorizzazione e qualificazione delle risorse umane.*** Fra i principi ispiratori del Piano vi è il ruolo centrale delle risorse umane e delle relazioni personali a livello attuativo. La qualità dei servizi forniti è determinata sostanzialmente dalla motivazione, dalle conoscenze e dalle capacità dei responsabili e degli addetti. Le realtà sociali in continua evoluzione esigono il costante consolidamento ed aggiornamento di conoscenze e competenze.

**8. *La gestione sostenibile delle risorse.*** Attualmente, la Provincia autonoma di Bolzano finanzia un sistema di sostegno che comprende una vasta gamma di interventi di elevato livello qualitativo. Ogni modello messo a punto sul piano politico è frutto di realtà culturali, sociali ed economiche ben precise, soggette a cambiamenti continui. La pubblica opinione si rende ormai sempre più conto del fatto che le risorse disponibili non sono illimitate e che è doveroso, quindi, gestirle e distribuirle in maniera sostenibile. Pertanto, anche i finanziamenti dedicati all'ambito disabilità vanno impiegati con lungimiranza e nel rispetto dei principi dell'efficienza e dell'utilità concreta. Per questo motivo è necessario attribuire specifiche responsabilità a tutte le parti coinvolte (utenti, famiglie, associazioni sociali e cooperative, amministrazioni, enti pubblici e privati) e di renderle partecipi del processo decisionale.

**9. *Misure ed interventi trasversali ed integrati.*** Un ulteriore importante principio osservato nella stesura del Piano è quello della trasversalità e dell'integrazione degli interventi e dei programmi settoriali. Le tematiche inerenti all'ambito della disabilità soddisfano appieno questo requisito, interessando l'assistenza sociale e sanitaria, ma anche l'educazione, l'integrazione nella vita sociale e lavorativa, la mobilità e l'edilizia pubblica, la cultura. L'intento di passare dalla prevalenza del concetto assistenziale ad una politica attiva, richiede una pianificazione integrata ed incentrata sull'individuo.

10. **La partecipazione.** In tutte le fasi della stesura del Piano, è stato adottato il principio della partecipazione e del coinvolgimento diretto delle persone con disabilità, insieme al loro contesto sociale. Alla base vi è infatti la convinzione che la politica per le persone con disabilità non è compito esclusivo dell'ente pubblico, bensì dell'intera collettività. Per questo motivo è necessario il coinvolgimento e l'apporto fattivo di tutte le forze direttamente o indirettamente interessate sia in sede di definizione di misure efficienti ed efficaci, sia nella fase attuativa. Gli interventi proposti dal Piano vanno quindi intesi sostanzialmente come indirizzi procedurali su cui, una volta individuate le priorità e le risorse, si baseranno le varie modalità e tipologie di intervento.

11. **L'evaluazione.** Nell'attuare il Piano, occorre garantire la continuità di valutazione e di pilotaggio del processo. L'evaluazione ha il compito di rivelare quali siano le misure già attuate, come sono state attuate e fino a che livello. Il Piano prevede fundamentalmente due tipologie di valutazione: la prima si riferisce al risultato e riguarderà tutte le misure e/o le azioni per le quali risulti puntualizzato l'obiettivo da raggiungere. La seconda si riferisce ai processi per un coinvolgimento più attivo e meglio coordinato delle persone interessate ed offre la garanzia di adeguatezza delle misure di recente introduzione. In quest'ottica un riferimento importante sarà il confronto fra gli obiettivi individuati, le *buone prassi* e le esperienze maturate.

### **1.3. La struttura del Piano**

Il Piano si articola in quattro sezioni:

1. La prima è di carattere introduttivo ed illustra gli obiettivi, i principi, l'articolazione del documento e le metodologie seguite nella sua stesura. Il lettore/la lettrice può farsi un'idea dei nessi fra i risultati, delle componenti del Piano e della qualità dei dati empirici utilizzati per la stesura del documento.

2. La seconda sezione fornisce una sintetica descrizione degli sviluppi storici e della situazione attuale della politica per le persone con disabilità promossa in provincia di Bolzano. Questa sezione ha il compito di comunicare la spiccata dinamicità con cui la politica si è evoluta verso la realizzazione del coinvolgimento attivo delle persone con disabilità. Il documento mette in luce il complesso e differenziato percorso attuativo, illustrando gli elementi all'origine della realtà odierna. Per l'illustrazione dei programmi e dei servizi offerti, si è attinto alle banche dati disponibili ed alle raccolte di informazioni specifiche con relative elaborazioni.

3. La terza sezione delinea dettagliatamente i trend più significativi e gli interventi da sviluppare ulteriormente.

4. La quarta sezione, infine, tratta esaurientemente le principali priorità operative e misure che determinano la qualità di vita delle persone con disabilità. Essa illustra gli strumenti di monitoraggio e di valutazione dei singoli interventi.

Grazie a questa articolazione del testo, il Piano di settore si presta alla lettura ed all'analisi su diversi livelli:

a. Il primo livello è quello descrittivo che fornisce una serie di dati empirici sulla situazione dei servizi, sul fabbisogno attuale e su quello che sta emergendo, su richieste ed attese e sugli obiettivi in termini di miglioramento delle misure in atto;

b. un secondo livello è invece quello di ordine strategico e costruttivo che traccia le linee guida per gli anni a venire.

L'analisi multidimensionale qui proposta consente al lettore/alla lettrice di valutare i nessi fra la situazione attuale e le scelte strategiche, di individuare i legami significativi e le interdipendenze.

#### **1.4. Linee guida e fasi della stesura del Piano**

Il Piano di settore è stato redatto nel rispetto degli obiettivi e degli orientamenti enunciati nel Piano sociale provinciale 2007-2009 nonché delle linee guida in esso contenute.

Le caratteristiche salienti delle metodologie adottate sono:

a. *La multidimensionalità dell'approccio analitico.* Ci si è, infatti, premurati di sondare le più svariate realtà e di raccogliere dati adottando diverse metodologie di rilevamento e di elaborazione. L'analisi classica dei dati quantitativi già disponibili è stata integrata ricorrendo a tecniche qualitative di ricerca sociale. Trattasi di strumenti che vanno oltre la mera descrizione della condizione attuale di persone con disabilità e dei cambiamenti sociali e politici in atto, rilevando scientificamente il loro significato per i diretti interessati.

b. *Il coinvolgimento attivo dei vari stakeholders* che ha consentito di ricostruire dimensioni e caratteristiche della tematica, sulla base di valutazioni incrociate, informazioni ed esperienze dei diretti interessati, di operatori/operatrici dei servizi pubblici e privati, di esperti/esperte ed *opinion makers*. Il focus dell'attenzione era riservato ai metodi di ricerca specifici mirati a far confluire nel Piano le proposte delle stesse persone con disabilità, le loro esperienze ed il loro sapere.

c. *L'evoluzione graduale del Piano attraverso consultazioni congiunte.* Questo modo di procedere ha consentito ad un'ampia platea di diretti interessati, di persone implicate a vario titolo e di esperti/e, di discutere sulle proposte avanzate, di commentarle e di apportarvi gli opportuni miglioramenti.

#### **Le fasi di elaborazione**

1. *La definizione del processo di pianificazione e di lavoro:* un gruppo guida era chiamato a definire l'impostazione politica, mentre un gruppo di coordinamento ha curato la pianificazione e l'esecuzione dei lavori.

2. *La presentazione del Piano e la sensibilizzazione dei vari stakeholders:* per favorire un'ampia partecipazione ed il coinvolgimento attivo dei vari gruppi di interesse, il Piano è stato presentato, nelle varie fasi della sua elaborazione, ai responsabili dei Servizi sociali e sanitari, alle associazioni private ed alle cooperative sociali dell'ambito disabilità, nonché agli/alle esponenti degli enti di formazione. Attraverso i media, si è inoltre provveduto ad informare l'opinione pubblica, invitandola a dare un proprio contributo.

3. *L'analisi della documentazione:* in una prima fase, il gruppo di coordinamento ha raccolto ed elaborato i dati ufficiali disponibili. Per la raccolta, la selezione e l'elaborazione ci si è avvalsi di esperti/esperte ed operatori/operatrici con esperienza pluriennale, il cui apporto ha reso accessibili fonti documentali spesso frammentarie e non sempre omogenee.

4. *L'individuazione degli stakeholders:* in una seconda fase sono stati individuati gli *stakeholders* da contattare. La loro conoscenza della materia ed i loro ruoli specifici sono stati fattori indispensabili nella messa a punto ed attuazione delle misure. Quali protagonisti di assoluto rilievo sono state individuate le stesse persone con disabilità ed i loro familiari, i/le responsabili dei servizi pubblici più immediatamente implicati nelle prestazioni a favore delle persone con disabilità ed i/le



rappresentanti delle associazioni del Terzo settore operanti in provincia. Per ognuna di queste categorie di interessati sono state adottate metodologie specifiche di rilevamento e di elaborazione dei dati.

5. *Il coinvolgimento delle persone con disabilità e dei loro familiari*: per coinvolgere le persone con disabilità e i loro familiari - in primo luogo i genitori ed i/le conviventi - è stato fatto ricorso alle interviste in profondità. Nella scelta delle persone da intervistare ci si è appoggiati alle associazioni ed alle cooperative sociali come pure alle agenzie radiofoniche e televisive locali. Gli intervistati/le intervistate erano sia persone con diverse forme di disabilità, che i loro genitori ed i/le conviventi. Nella selezione di ambedue i gruppi sono stati inoltre adottati i seguenti criteri: il contatto - esistente o non - con i Servizi, quindi l'età, il sesso, la lingua, il luogo di residenza urbano o rurale, la situazione abitativa. Con ciascuna delle 27 persone intervistate ha avuto luogo un colloquio, durato, in alcuni casi, diverse ore. Le informazioni così rilevate si riferivano alla vita quotidiana, alle relazioni sociali, alle attese, ai problemi da affrontare nel quotidiano, alle relative strategie di superamento ed alle competenze acquisite dagli interlocutori/dalle interlocutrici. Frutto delle interviste eseguite da due operatrici qualificate in materia è un'ampia documentazione rappresentativa della situazione.

6. *Il coinvolgimento del personale dei servizi sociali e sanitari*: le modalità di coinvolgimento di operatori/operatrici e dirigenti di questi servizi sono due: la prima è costituita da una serie di interviste a persone che rivestono ruoli importanti a livello di prestazione, pianificazione ed organizzazione dei servizi (primari e personale sanitario, presidi di scuole, attuali o precedenti operatori/operatrici e dirigenti dei servizi sociali); la seconda da una serie di otto colloqui effettuati nelle Comunità comprensoriali in collaborazione con i/le responsabili dei Servizi sociali e sanitari. A tali incontri, della durata media di tre ore, hanno preso parte oltre 80 figure professionali operanti direttamente o parzialmente nell'ambito delle prestazioni a favore di persone con disabilità.

7. *Il coinvolgimento dei/delle rappresentanti delle associazioni e delle cooperative sociali impegnati/e nel settore* si è concretizzato, in questa fase, attraverso la distribuzione a tutte le associazioni e cooperative sociali operanti nel settore sul territorio provinciale di un questionario sul tema disabilità. Inoltre, sono state eseguite alcune interviste individuali con rappresentanti delle associazioni in grado di rievocare l'evoluzione storica della politica sociale in Alto Adige.

8. *I focus groups*: in seguito, tutto il materiale raccolto è stato visionato, aggregato in una serie di tematiche di particolare rilievo e sottoposto al vaglio di 8 *focus groups*. I componenti erano persone con disabilità, familiari, esponenti di diverse categorie professionali operanti nei Servizi sociali e sanitari ed esponenti del sociale privato (complessivamente 54 persone). Le consultazioni hanno contribuito a concretizzare una serie di misure ed a delineare gli scenari futuri.

9. *La prima versione del Piano di settore*: alla sopra descritta fase di elaborazione è seguita la stesura di una prima versione del documento, frutto delle consultazioni intercorse. Essa comprende principi, proposte e strategie di attuazione.

10. *La valutazione congiunta della prima versione del Piano di settore*. La bozza è stata poi trasmessa a 40 persone affinché fosse sottoposta ad una lettura critica e venissero poi comunicati gli opportuni suggerimenti al Gruppo coordinatore.

11. *La presentazione e discussione della prima versione del Piano di settore*: la bozza è stata presentata, a livello di Comunità comprensoriali e dell'Azienda Servizi sociali di Bolzano, ai/alle responsabili dei Servizi sociali e sanitari, in presenza di persone direttamente interessate e delle

rappresentanze delle associazioni e cooperative sociali operanti nei rispettivi territori. I partecipanti a questi appuntamenti hanno avuto modo di fornire suggerimenti migliorativi.

12. *Il varo del Piano di settore*: infine si è provveduto ad inserire nel documento le integrazioni e le modifiche proposte, per discutere insieme alle rappresentanze degli organi istituzionali il testo revisionato. Seguirà ora il processo di implementazione che vedrà impegnate tutte le parti coinvolte.

### 1.5. Note terminologiche

La scelta di determinati termini implica immancabilmente un messaggio ed esprime concezioni in costante evoluzione. L'uso dei vari termini riferiti alle persone con disabilità riflette eloquentemente i cambiamenti intercorsi negli ultimi decenni riguardo al modo di considerare la realtà specifica, traducendosi in segnali di trasformazione sociale: siamo infatti passati, nel corso del tempo, dallo "storpio" alla "persona in situazione di disabilità" o "diversamente abile", passando per "handicappato" e "soggetto portatore di handicap".

Nell'intento di andare oltre la mera correttezza politica, è stata convocata una tavola rotonda che ha visto l'intervento di persone con varie forme di disabilità chiamate a definire la terminologia da usare nel Piano di settore.

Il termine di **"persone con disabilità"** ha incontrato il favore dei/delle partecipanti, in quanto mette in primo piano la persona che per la presenza di menomazioni e limitazioni si ritrova esposta a numerosi e differenti fattori che pregiudicano la sua piena partecipazione alla vita sociale e l'autodeterminazione. Il termine di "disabilità" è inteso come plurale (che risulta tuttavia più evidente in altre lingue, tra l'altro in tedesco), e vuole sottolineare il fatto che sulle condizioni di vita dell'individuo incidono molteplici e differenti fattori.

Nel preambolo della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, la condizione di disabilità è descritta come segue: *"... che la disabilità è un concetto in evoluzione e che la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri, ..."* <sup>(3)</sup>.

Ai sensi della vigente *Legge provinciale 20/83*, sono persone con disabilità <sup>(4)</sup> *"le persone che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione."*

*Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici."*

Una diversa visione della condizione di disabilità si esprime invece nel concetto di invalidità. In questo caso si tratta, infatti, di una situazione di inabilità al lavoro riconosciuta dalla Commissione sanitaria competente in materia ed espressa in valori percentuali sulla base di specifiche tabelle. L'invalidità così accertata dà diritto a prestazioni economiche (pensioni, indennità, indennità d'accompagnamento) e benefici.

Le definizioni sopra riportate risultano ulteriormente sviluppate nella "*International Classification of Functioning, Disability and Health*" <sup>(5)</sup> (uno strumento di classificazione dell'OMS, riconosciuto nel 2001 da 192 Paesi di tutto il mondo, fra cui anche l'Italia) che integra la visione medica con quella sociale.

"L'approccio medico considera la disabilità come un problema della persona (causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute) ed è su di essa che, esclusivamente, si deve intervenire nei termini di cura dell'individuo, o di adattamento della persona alla propria condizione o di cambiamento comportamentale. (...) L'approccio sociale ritiene che la disabilità sia principalmente un problema creato dalla società, la disabilità, quindi, non è una caratteristica dell'individuo, ma il risultato di una complessa interazione di condizioni, molte delle quali create dall'ambiente sociale. Questa nuova concezione della disabilità richiede interventi che migliorano le condizioni di salute ma che determinano anche cambiamenti nel contesto sociale". Rientra quindi nella responsabilità collettiva di una società intervenire sul contesto di vita in maniera tale da soddisfare le esigenze delle persone con disabilità in termini di piena partecipazione a tutte le sfere della vita sociale. Il tema centrale si pone quindi in termini di atteggiamenti ed impostazione politica ed esige cambiamenti sul piano sociale. Sotto il profilo politico, esso si ricollega alla questione dei diritti umani. In quest'ottica, la disabilità rientra quindi in una logica politica. La classificazione ICF integra in un approccio di tipo "biopsicosociale" (in cui la salute viene valutata complessivamente secondo tre dimensioni: biologica, individuale e sociale) la concezione medica e sociale della disabilità.

Lo Stato italiano si ripropone di trasmettere entro pochi anni questa nuova visione di più ampio respiro e di rendere accessibili l'uso ed i vantaggi di detto strumento ad un numero di persone più alto possibile.

Da alcuni anni, in provincia di Bolzano l'ICF è presentato ad operatori/operatrici dei Servizi sociali, delle scuole e dei Servizi sanitari, in appositi incontri. Fra i risultati del nuovo orientamento in materia, spicca l'uso di una diversa terminologia nella fase conclusiva dei percorsi formativi ("descrizione delle competenze acquisite"), mentre l'accordo di cooperazione fra i diversi servizi a favore di alunni/alunne con disabilità è a sua volta fondato su questo nuovo modo di considerare la condizione di disabilità. L'opportuno aggiornamento delle Commissioni mediche chiamate a certificare una "disabilità" nei suoi vari gradi è seguito nel 2007.

A livello provinciale, ma anche a livello nazionale, non si è ancora concretizzata la ridefinizione sostanziale della "disabilità" in quest'ottica allargata. È peraltro ampiamente condivisa la necessità di definire criteri unitari ed un procedimento unico per l'accertamento della situazione di disabilità, tematiche che a livello nazionale sono già oggetto di consultazioni.

Con la dizione "**associazioni e cooperative sociali operanti nel settore**" ci si riferisce a tutti gli *stakeholders* del settore sociale (associazioni, federazioni, gruppi di auto-aiuto ...), a rappresentanze di persone direttamente interessate ed alle cooperative sociali. Essi rappresentano sia gli interessi delle stesse persone con disabilità sia quelli dei loro familiari e/o delle persone che si interessano alla tematica.

Il termine di "**famiglia**" è applicato, nel presente documento, al primo e più immediato contesto di vita di una persona e non si riferisce, quindi, alle sole persone rientranti nel concetto tradizionale di famiglia. Accanto a genitori e figli, anche il/la convivente, gli amici/le amiche ed i coinquilini di una comunità alloggio possono, infatti, essere altrettanto importanti figure di riferimento e svolgere un ruolo centrale nella realizzazione dei progetti di vita.

## **2. L'evolversi del settore disabilità: quadro legislativo, interventi e servizi**

### **2.1 Sviluppi intercorsi dal 2000 riguardo al quadro legislativo internazionale, europeo e nazionale**

#### **A livello internazionale**

In data 13 dicembre 2006, nella sede delle Nazioni Unite a New York, è stata varata la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, con il relativo Protocollo opzionale. La Convenzione è entrata in vigore il 3 marzo 2008, con la sua ratifica da parte di 20 Paesi. La Repubblica italiana ha provveduto alla ratifica della Convenzione e del Protocollo opzionale con *Legge n. 18 di data 3 marzo 2009*, istituendo un Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità interviene a sostegno dei diritti umani nella prospettiva delle persone con disabilità e nel rispetto delle loro specifiche condizioni di vita che vanno tenute sistematicamente in considerazione a livello di tutela dei diritti umani. La Convenzione rappresenta quindi un importante passo compiuto a livello mondiale verso un maggiore sostegno dei diritti delle persone con disabilità. Essa riconosce nella condizione di disabilità una fra le dimensioni della varietà della vita umana, superando in tal modo il principio ormai obsoleto della provvidenza, tuttora predominante in molti paesi.

L'attuazione a livello nazionale italiano rientra nelle competenze del Ministero al Lavoro, alla Salute ed alle Politiche sociali. All'Osservatorio ivi istituito compete la stesura di un rapporto, entro il termine di due anni, che esponga gli interventi adottati in Italia per adempiere agli impegni assunti ai sensi della Convenzione.

#### **A livello europeo**

Gli sviluppi intercorsi in provincia di Bolzano vanno contestualizzati oltre che nella realtà internazionale anche in quella europea. Il consolidamento dell'unificazione europea contribuisce con forti stimoli all'integrazione sociale, al rafforzamento dei diritti civili e delle norme di tutela contro la discriminazione. Il Trattato di Amsterdam <sup>(6)</sup> (1997) contiene una clausola esplicita contro la discriminazione di persone con disabilità. Un'importante conquista europea degli ultimi anni è il varo di una *Direttiva comunitaria (2000/78/CE)* che definisce un quadro comune per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni professionali.

In diversi Paesi europei (Germania, Austria), tale Direttiva, supportata dalla ratifica della Convenzione dell'ONU, ha dato l'avvio ad un ampio dibattito pubblico ed al conseguente varo di nuove norme legislative. La Repubblica italiana, insieme a soli 3 Paesi europei, ha recepito la Direttiva entro il termine previsto con Legge statale, senza peraltro approntare iniziative di attuazione operativa.

Nel contempo, la Comunità europea ha dato il via ad un Programma d'azione (2001-2006) che sintetizza gli impulsi e le conquiste dell'"Anno europeo delle persone con disabilità 2003" in un Piano d'azione (2004-2010). Esso individua quali interventi prioritari l'ulteriore promozione dell'inserimento lavorativo, l'integrazione della tematica delle disabilità in tutte le misure comunitarie ed il sostegno all'accessibilità senza ostacoli di prodotti, servizi e costruzioni.

Indice della crescente importanza di una società civile che sta prendendo consapevolezza del proprio ruolo di fattore integrante, è la nascita di movimenti ed associazioni quali ad (32) esempio *People First* (un gruppo di autorappresentanza di persone con difficoltà di apprendimento) e

*Independent Living*. L'intento è quello di superare il condizionamento dall'esterno, la dipendenza e le restrizioni, acquisendo e conservando le competenze necessarie per una vita autodeterminata. Opportuni interventi di sostegno ed un livello adeguato di sicurezza economica di base per tutti dovranno creare le condizioni in cui ogni individuo possa difendere e mettere in atto personalmente i propri interessi.

## **A livello nazionale e provinciale**

Anche la Repubblica italiana emana una serie di provvedimenti legislativi che hanno un diretto impatto sulla gestione della vita di persone con disabilità. La volontà di migliorare l'integrazione lavorativa si esprime nella *Legge del 12 marzo 1999, n. 68* "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ed in seguito in una serie di normative che migliorano le procedure per l'inserimento mirato nel mondo del lavoro.

Con la *Legge 8 novembre 2000, n. 328* "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", viene definito l'orientamento dei Servizi sociali. Le varie normative statali tese al superamento delle barriere architettoniche confluiscono nella *Legge provinciale del 21-05-2002, n. 7* con relative norme di esecuzione. Tale quadro di riferimento normativo fornisce importanti stimoli alla creazione di un ambiente di vita sempre meno ostacolato da barriere architettoniche.

Nel 2003, il diritto-dovere all'istruzione viene esteso fino al 18° anno di vita per tutti gli studenti/le studentesse, innovazione che impone alle scuole medie superiori e professionali di elaborare proposte formative per tutti. Le norme in materia di autonomia scolastica sono attuate anche nella nostra provincia, ai sensi della *Legge provinciale 12/2000*, e preparano il terreno al passaggio dalla scuola integrata ad una scuola che può definirsi inclusiva, adottando piani educativi personalizzati, tenendo conto dei talenti e dei valori differenziati ed abbandonando la teoria delle due categorie di bambini: quelli con disabilità e quelli senza, per il concetto del gruppo eterogeneo che presenta esigenze di apprendimento differenziate. Nel 2004 e nel 2005 segue il varo di disposizioni tese ad agevolare l'apprendimento nelle imprese ed a delineare modalità di collaborazione.

Nel 2004, a livello nazionale viene introdotto un nuovo istituto giuridico: l'amministrazione di sostegno. L'amministrazione di sostegno tutela le persone parzialmente o totalmente incapaci di assolvere le adempimenti quotidiane, offrendo loro un affiancamento temporaneo o continuo che comporti la minore restrizione possibile della capacità di agire della persona interessata. "Alle persone con disabilità può essere affiancato, per una serie di azioni ben definite, un amministratore di sostegno che le supporta nelle relative decisioni, agendo nel loro interesse." <sup>(7)</sup>

A cambiare profondamente la rete di sostegno sociale altoatesina hanno contribuito gli "*Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti*" entrati in vigore nel 2007 con la *Legge provinciale n. 9*. Tali interventi riguardano non solo le persone anziane non autosufficienti, ma includono anche le persone con disabilità a prescindere da ogni limite di età. Le persone interessate possono ora percepire un assegno di importo compreso fra i 510 ed i 1800 euro da utilizzare in piena autonomia per finanziare gli interventi di cura di cui necessitano. Contemporaneamente entrano in vigore le nuove tariffe per le prestazioni di cura godute. Inoltre, con nuove norme di accreditamento, si intende garantire il livello qualitativo delle prestazioni e dei servizi offerti. Si avvicinano così i servizi di cura ambulatoriali, l'offerta di assistenza socio-pedagogica diurna e di assistenza residenziale.

## **2.2. Interventi e servizi nel settore delle disabilità in provincia di Bolzano: dal passato al presente**

Pur avendo la Provincia di Bolzano competenza di gestione autonoma della materia, gli interventi a favore delle persone con disabilità si sono sviluppati fondamentalmente di pari passo con le relative scelte adottate nelle regioni limitrofe, specie in quelle dell'area culturale tedesca, e/o nel rimanente territorio nazionale. Riflettere sulle condizioni di vita delle persone con disabilità nella nostra provincia, implica necessariamente l'analisi degli sviluppi sociali e politici nel loro complesso, dato che questi si ripercuotono in maniera determinante sulla realtà quotidiana del *target*. In Alto Adige, fino al 1918 il quadro normativo era quello della monarchia austriaca, in seguito vigeva quello del Regno d'Italia, fra il 1922 ed il 1945 quello dei regimi fascista italiano e nazionalsocialista germanico ed infine, a partire dal 1948, subentrava la relativa disciplina della Repubblica italiana.

Verso i primi del 900 l'obiettivo era quello di potenziare l'assistenza alle persone con disabilità (istituzione della *Casa del Gesù* di Cornaiano). All'epoca, l'impegno per l'accesso ad opportunità formative si limitava alle persone con limitazioni sensoriali (nel Tirolo, la realizzazione di scuole per non vedenti e audiolesi risale al 1830, con un leggero anticipo rispetto al nord d'Italia). Nel corso dei decenni, gli interventi e i servizi sono stati gradualmente sviluppati fino a formare ora un ampio e differenziato sistema che sulla base di diritti riconosciuti offre alle persone con disabilità sempre maggiori opportunità di partecipazione a tutte le sfere della vita sociale, in condizioni di parità; inoltre, una rete capillare di servizi e strutture territoriali specifici provvede a supportare le persone con disabilità ed i loro familiari.

Dal 1972, con l'entrata in vigore del nuovo Statuto di autonomia, la Provincia autonoma di Bolzano ha competenza primaria in materia di formazione professionale, assistenza scolastica, previdenza ed assistenza sociale.

Negli anni successivi, l'organo legislativo provinciale vara una serie di leggi <sup>(8)</sup> che rimodellano in maniera incisiva il contesto sociale. Gli strumenti legislativi erano significativamente improntati a normative statali avanzate con un'impostazione tesa all'integrazione delle persone con disabilità (*Legge 517/77* sull'integrazione scolastica), ma anche fortemente influenzati dalle proposte delle associazioni private (A.I.A.S., Lebenshilfe). A livello provinciale, tali organizzazioni erano spesso anche le prime a gestire servizi e strutture del settore.

Quanto alla scelta nazionale di istituire delle unità organizzative socio-sanitarie, conferendo quindi alle Aziende sanitarie le competenze in materia socio-sanitaria, la Provincia segue una strada diversa: data la competenza primaria statale in materia di sanità e quella regionale in materia di previdenza, nella Regione Trentino - Alto Adige, i due settori - quello sanitario e quello sociale - sono gestiti distintamente ed autonomamente.

Nel 1983 riorganizza completamente la materia la *Legge provinciale n. 20 del 30 giugno 1983* <sup>(9)</sup>. La legge è in larga parte tuttora operativa ed era stata elaborata con l'apporto sostanziale di varie organizzazioni rappresentative degli interessi delle persone con disabilità.

La nuova normativa prevede il potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria alle persone con disabilità, prestazioni in materia di assistenza scolastica, di formazione professionale e di integrazione lavorativa.

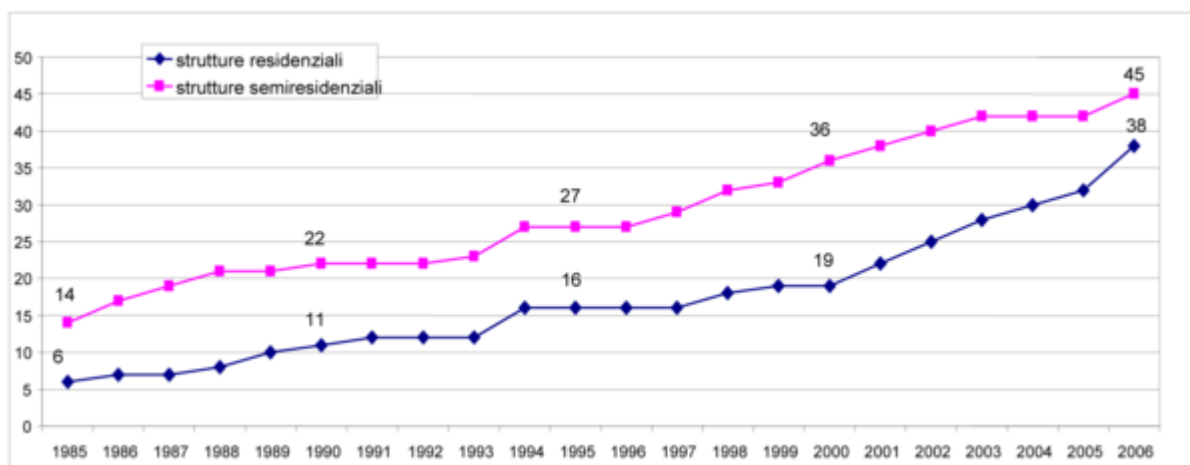
Gli anni successivi sono caratterizzati dall'ampliamento dell'offerta di servizi e strutture man mano estesa sull'intero territorio provinciale, iniziando dalla realizzazione dei "Centri per persone con disabilità", previsti dalla legge provinciale ed impegnati nell'offerta di opportunità lavorative e di assistenza diurna per persone con disabilità in 7 località altoatesine e per la cui gestione è obbligatorio il coinvolgimento degli utenti/delle utenti.

Nel 1991 viene affrontato il riordino dei servizi sociali <sup>(10)</sup> che dà il via a due processi: la creazione di una rete capillare di distretti socio-sanitari e la delega da parte della Provincia delle competenze amministrative in materia di previdenza ed assistenza pubblica ai Comuni ed alle Comunità comprensoriali. Nel 2000, tali stimoli all'introduzione di sistemi integrati di provvedimenti sociali hanno trovato conferma anche in specifiche normative statali.

Nella nostra provincia, la delega ai Comuni delle competenze amministrative ha portato alla costituzione dei sette Servizi sociali facenti capo alle Comunità comprensoriali nonché dell'Azienda Servizi sociali di Bolzano, enti che negli anni successivi hanno promosso il potenziamento quantitativo e qualitativo di strutture e servizi a favore delle persone con disabilità. La creazione di 20 Distretti socio-sanitari

garantisce l'accessibilità di ulteriori servizi sociali e sanitari sul territorio. Di conseguenza è emersa la necessità di ridefinire la collaborazione sinergica fra gestori pubblici e privati come pure il ruolo ed i compiti delle organizzazioni operanti a favore delle persone con disabilità.

Fig. 1 Sviluppo quantitativo delle strutture semiresidenziali e delle strutture residenziali dal 1985 al 2008



Fonte: Ufficio soggetti portatori di handicap - Bolzano

La Legge quadro nazionale 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" ha conferito visibilità al cambiamento verificatosi riguardo al modo di considerare la condizione di disabilità: infatti, se le misure fino a quel momento prevalenti avevano per oggetto la previdenza, partendo da un concetto della disabilità considerata come caratteristica pertinente alla persona, da allora in avanti, in tutti gli ambiti della vita sociale, l'attenzione sarà focalizzata sull'obiettivo dell'integrazione sociale e sui diritti delle persone con disabilità. La legge prevede l'accertamento della condizione di disabilità e del grado di disabilità da parte di un'équipe interdisciplinare, allargata, in casi specifici, con assistenti sociali. La legge estende inoltre i diritti alla formazione, all'integrazione lavorativa, all'abbattimento delle barriere architettoniche ed alla promozione della mobilità. Nel 1998 la legge provinciale 20/83 subisce una serie di sostanziali modifiche in questo senso che confermano anche per la nostra provincia la nuova visione della tematica, focalizzando l'attenzione sull'ambiente "disabilizzante" ed attribuendo alla collettività il compito di individuarne, ridurne ed eliminarne l'impatto.

### 2.3. Lo sviluppo del settore disabilità in provincia di Bolzano - Le cifre

La Provincia di Bolzano pubblica annualmente una relazione arricchita di un ampio corredo di dati riferiti a strutture e Servizi attivi nel settore sociale. Un capitolo specifico reca statistiche sulla situazione delle persone con disabilità nella nostra provincia e le relative analisi. Quelle che qui di seguito riportiamo, sono alcune cifre chiave che sottolineano la necessità degli interventi descritti nel capitolo successivo <sup>(11)</sup>.

I dati disponibili sul numero delle persone con disabilità e sulle loro condizioni di vita sono numerosi. A causa dei differenti criteri adottati per definire la "disabilità", risulta tuttavia difficile confrontarli, mentre è decisamente scarso il materiale statistico dettagliato che si presti effettivamente ad un confronto <sup>(12)</sup>.

Studi effettuati a livello europeo parlano di 44,6 milioni di persone circa, di età compresa fra i 16 ed i 64 anni, che dichiarano di avere un problema di salute di lunga durata ovvero una disabilità (l'equivalente del 16% della popolazione totale in età attiva).

Le persone con disabilità, insieme alle persone che le assistono ed ai gestori di servizi, rappresentano quindi una componente economicamente significativa della popolazione, un'entità consistente, anche in termini numerici. La qualità di vita di queste persone e la loro inclusione sono pertanto un obiettivo rilevante e trasversale per la nostra società.

Una documentazione recentemente pubblicata dall'ISTAT recante i risultati di un rilevamento del 2004-2005, quantifica in 2.600.000 gli italiani/le italiane con disabilità che vivono in famiglia, l'equivalente del 4,8% della popolazione di età superiore ai 6 anni. Considerando anche le 190.134 persone ospiti di strutture sociali e sanitarie, il numero complessivo delle persone con disabilità sale a quasi 2.800.000 <sup>(13)</sup>.

Riguardo alla nostra provincia, i relativi dati risultano confermati dallo studio sullo stato di salute della popolazione altoatesina <sup>(14)</sup>. Nel 2005, il 4,9% della popolazione altoatesina ha dichiarato di essere affetto da un'invalidità, a prescindere dal relativo riconoscimento ufficiale; dalla disaggregazione per sesso emerge un 5,5% fra gli uomini contro il 4,3% fra le donne. Il numero complessivo è di 22.942 persone. L'età media è di 64 anni, <sup>(15)</sup> mentre sono 431 le persone con disabilità di età compresa fra i 18 e i 65 anni <sup>(16)</sup> che usufruiscono dell'assistenza residenziale offerta dai Servizi sociali.

In Italia e quindi anche in Alto Adige, la legislazione considera due concetti differenti: il primo è quello di *invalidità civile* describe, in base a tabelle specifiche ed espressa in valori percentuali, la definitiva restrizione dell'abilità al lavoro di una persona, con conseguente diritto a prestazioni economiche ed agevolazioni <sup>(17)</sup>. Il secondo concetto, quello di *disabilità*, parte dalla tipologia e dal grado di limitazione, implicando anche la condizione di svantaggio in cui la persona interessata viene a trovarsi a livello sociale (*Legge quadro 104/92, L.P. 20/83*).

### 2.3.1. Invalidità civile

Le persone con limitazioni possono richiedere il riconoscimento della loro condizione di invalidità civile presso l'Azienda sanitaria competente. Alla relativa verifica provvede un'apposita Commissione sanitaria.

Fig. 2 Numero delle persone per classi di età e gradi di invalidità. Dati 2009

Anno di nascita	< 74%	74-99%	100%	100%+ Indennità di	Totale
-----------------	-------	--------	------	--------------------	--------



				accompagnamento	
2008-1998	107	290		192	<b>589</b>
1986-1997	344	320	16	252	<b>932</b>
1944-1985	9.512	3.797	1.534	1.499	<b>16.342</b>
< 1944	7.181	3.498	4.100	6.864	<b>21.643</b>
<b>Totale</b>	<b>17.144</b>	<b>7.905</b>	<b>5.650</b>	<b>8.807</b>	<b>39.506</b>

Fonte: Azienda sanitaria di Bolzano

In provincia di Bolzano, le prestazioni economiche per persone con invalidità civile, ciechi civili e sordi sono disciplinate dalla *L.P. 46/78*, già citata prima.

Tale legge prevede il sostegno finanziario alle persone cui è stata riconosciuta la condizione di invalido civile, di cieco civile o di sordità <sup>(18)</sup> su specifica richiesta presentata alla Commissione sanitaria provinciale nominata dalla Giunta provinciale.

La normativa esclude espressamente gli/le invalidi di guerra, del lavoro e di servizio le cui pensioni sono regolamentate da altre leggi.

Nel 2010 sono state erogate prestazioni economiche a 4931 invalidi civili, inoltre a 747 ciechi ed ipovedenti e a 302 persone sorde. 223 erano le persone con diagnosi plurime (ad es. invalido civile e sordo) che di conseguenza hanno beneficiato di più di uno fra i citati sostegni.

Per effetto dell'introduzione della *L.P. 12 ottobre 2007, n. 9* recante "*Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti*" il numero di coloro che percepiscono prestazioni economiche è diminuito rispetto agli anni precedenti, perché l'assegno di cura non è cumulabile con l'indennità di accompagnamento.

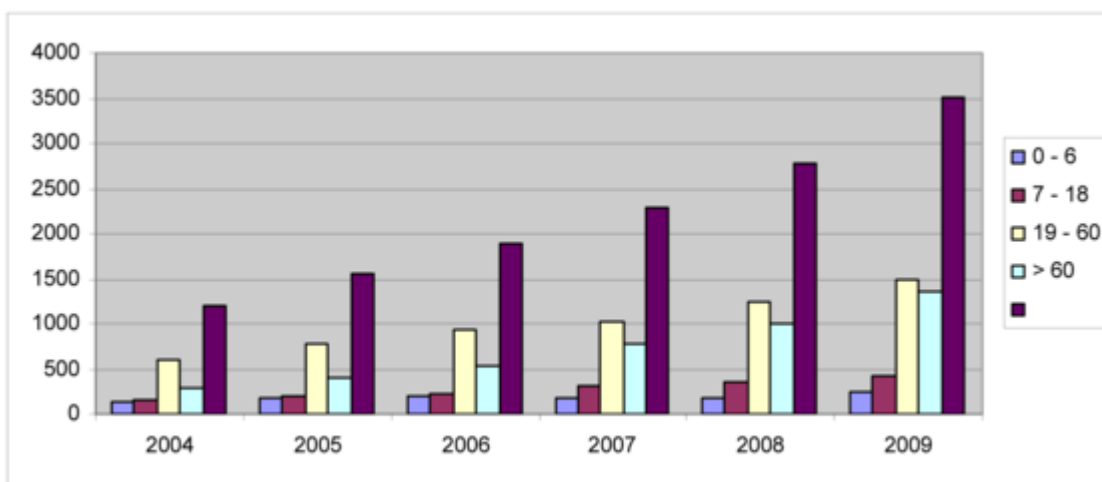
Per 724 di queste persone è stato nominato un tutore, per altre 121 un/a beneficiario/a, chiamati ad agire nell'interesse dell'assistito.

Sussiste un divario significativo fra il numero delle persone con accertamento di invalidità civile oltre il 74% (22.362 persone) ed il numero di coloro che in base allo stesso accertamento percepiscono una prestazione economica (6.145 persone). Tale divario è dovuto in parte al fatto che la pensione di invalidità è legata al reddito, in parte al fatto che gli ultrasessantacinquenni (64%) non rientrano nella citata legge, ma percepiscono la pensione sociale dell'INPS.

### 2.3.2. *Disabilità (Legge 104/92)*

La *Legge provinciale 20/83* e la *Legge quadro nazionale 104/92* prevedono la certificazione della condizione di disabilità e della relativa gravità da parte delle Commissioni mediche dei 4 Servizi sanitari appositamente costituite. Il riconoscimento della disabilità e della relativa gravità avviene su richiesta della persona interessata. Non sono quantificate le persone con disabilità che per vari motivi non hanno chiesto il riconoscimento ufficiale.

Fig. 3 Numero delle persone con certificazione della disabilità e del grado di gravità (*Legge 104/1992, art. 3, comma 1*)



In provincia di Bolzano, nel 2009 le persone con disabilità accertata erano 3.522, di cui 2.976 con una disabilità grave. Considerando la sola classe di età compresa fra gli 0 ed i 60 anni, il totale era di 2.152 persone, di cui 1.770 con disabilità grave accertata.

Nel periodo 2004-2009, il dato risulta essersi pressoché triplicato (da 1192 a 3522 persone). Tale aumento è dovuto in parte alla crescente longevità della popolazione, ma soprattutto al miglioramento degli strumenti informativi riguardo ad interventi di sostegno e prestazioni dell'ente pubblico. La maggiore crescita nel periodo 2004-2009 si è verificata fra gli ultrasessantenni; infatti, mentre nel 2004 si registravano 300 persone con certificazione di una disabilità o con una disabilità grave, nel 2009 il relativo valore è salito a 1.365 unità (355%). Nella classe di età dagli 0 ai 60 anni si è osservato invece un aumento del 141%.

### 2.3.3. Il Fondo per la non-autosufficienza

Il Fondo per la non-autosufficienza è stato istituito con legge provinciale nel 2007. Si tratta di uno strumento teso a garantire un livello adeguato di sicurezza economica di base per le persone non autosufficienti. Per non autosufficiente si intende una persona che a causa di patologie o disabilità fisiche, mentali o psichiche, necessita in maniera permanente (per almeno 6 mesi) dell'aiuto regolare di un'altra persona (per almeno due ore giornaliere) nelle normali attività della vita quotidiana. La non autosufficienza è ufficialmente accertata da un team d'inquadramento appositamente istituito e composto di un/una infermiere/a ed un operatore sociale/un'operatrice sociale. Il team d'inquadramento provvede ad accertare la non autosufficienza in base a pareri sanitari e alla valutazione specifica del fabbisogno di cure. L'inquadramento avviene a seguito di un colloquio con la persona interessata e con eventuali figure di riferimento. L'ammontare dell'assegno di cura erogato mensilmente è rapportato al grado di non autosufficienza accertato, espresso in quattro livelli.

Fig. 4 Dati chiave sul Fondo per la non autosufficienza 2010

Fabbisogno di assistenza	Livello di non autosufficienza	Assegno mensile
61-120 ore./mese	1	euro 517,00
121-180 ore./mese	2	euro 900,00
181-240 ore./mese	3	euro 1.350,00
> 240 ore./mese	4	euro 1.800,00

L'assegno di cura è destinato a remunerare il lavoro assistenziale dei familiari o altre persone cui sono affidati i compiti di cura e alla copertura dei costi derivanti dalla fruizione di servizi di cura. L'erogazione dell'assegno di cura mira a consentire la permanenza nel contesto di vita abituale delle persone non autosufficienti.

Nel periodo compreso fra 1° gennaio 2008 ed il 28 dicembre 2009 i *teams* d'inquadramento hanno evaso 20.779 pratiche. Nel 2009 le richieste di inquadramento presentate in tutto il territorio provinciale erano 5.270, mentre ammontano a 7.505 gli inquadramenti effettuati a domicilio e presso varie strutture.

Nel mese di dicembre 2009 l'assegno di cura è stato erogato a favore di 13.386 persone.

### 2.3.4. Lavoro ed occupazione

Da statistiche comunitarie emerge che appena il 42% delle persone con disabilità, risulta occupato, inoltre, tutti i dati evidenziano un legame fra il grado di istruzione e l'integrazione lavorativa <sup>(19)</sup>.

Pur vantando la nostra provincia una situazione di piena occupazione fino al 2008 e nonostante le offerte di integrazione lavorativa dell'Ufficio di collocamento, alle persone con disabilità risulta difficile trovare un impiego sul mercato del lavoro normale. Il pacchetto di misure che impone alle imprese l'assunzione di un determinato numero di persone con invalidità in relazione all'organico complessivo, prevedendo sanzioni amministrative in caso di inadempienza (*Legge 68/99*), ha creato qualche opportunità di lavoro. Per il 2009, secondo i dati forniti dall'Ufficio di collocamento sono 1.789 le persone che lavorano in aziende altoatesine pubbliche e private grazie all'assunzione obbligatoria (1.710 posti a tempo pieno).

Fig. 5 Assunzioni 2003-2009 (*Legge 68/99*)

<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
144	157	188	183	198	186

Fonte: Ufficio Servizio Lavoro - Bolzano

684 persone - invalidi civili o con disabilità - sono iscritte nella graduatoria sul collocamento obbligatorio ed in attesa di collocamento con l'intervento dei 7 centri di mediazione lavoro.

Inoltre, a titolo di sostegno all'integrazione lavorativa, l'Ufficio Servizio lavoro ha avviato vari progetti integrativi che pur non dando luogo alla stipula di alcun rapporto di lavoro, rappresentano interventi atti a sviluppare in primo luogo la capacità lavorativa, a migliorare l'approccio al lavoro e/o a mantenere e perfezionare le competenze acquisite <sup>(20)</sup>. Nel 2009, l'Ufficio di collocamento ha seguito 379 persone nell'ambito di progetti tesi all'integrazione lavorativa (convenzioni di affidamento), di cui 130 assistite da oltre 5 anni (Fonte: Ufficio di collocamento). Altre 143 persone circa sono iscritte nelle liste di attesa per l'inserimento in progetti di integrazione lavorativa.

Fig. 6 Numero delle convenzioni di affidamento 2005-2009

<i>Anno</i>	<i>Progetto di addestramento e di osservazione</i>	<i>Progetto di avviamento al lavoro</i>	<i>Progetto di inserimento lavorativo assistito</i>	<i>Totale</i>	<i>Spese per premi sussidio</i>
<b>2005</b>	<b>183</b>	<b>169</b>	<b>28</b>	<b>380</b>	<b>1.172.000,00</b>

<b>2006</b>	<b>163</b>	<b>153</b>	<b>41</b>	<b>357</b>	<b>1.095.000,00</b>
<b>2007</b>	<b>149</b>	<b>165</b>	<b>38</b>	<b>352</b>	<b>1.095.000,00</b>
<b>2008</b>	<b>181</b>	<b>165</b>	<b>30</b>	<b>376</b>	<b>1.116.000,00</b>
<b>2009</b>	<b>188</b>	<b>164</b>	<b>27</b>	<b>379</b>	<b>1.137.000,00</b>

Fonte: Ufficio Servizio Lavoro - Bolzano

Anche una serie di Cooperative sociali offre opportunità di lavoro, benché siano relativamente poche a rivolgersi a persone con disabilità (CLA, CLAB, GWB, coop. soc. Wiedes). L'ente pubblico sta cercando di sostenere lo sviluppo delle cooperative sociali con diversi provvedimenti. L'obiettivo è quello di mettere le Cooperative sociali nelle condizioni di trasformarsi in un'ulteriore colonna portante nell'ambito dell'integrazione lavorativa di persone con disabilità, accanto ai datori di lavoro privati e pubblici.

Un importante intervento a sostegno dell'inserimento lavorativo nel settore pubblico rappresenta il progetto pilota "+35". Per ogni assunzione effettuata, la ripartizione Famiglie e Politiche sociali eroga un incentivo finanziario annuo ad enti attinenti l'ambito sociale (Comuni e Comunità comprensoriali, Case per anziani e comprensori sanitari).

In una prima fase del progetto, i posti di lavoro così coperti erano 35, nel 2010 il numero complessivo è stato portato a 65.

Fig. 7 Assunzioni nell'ambito del progetto "+35" per enti

<b>Enti</b>	<b>Persone assunte</b>	<b>Posti coperti</b>
4 Comprensori sanitari	15	13
22 Comuni	28	19,11
6 Comunità comprensoriali	14	8,75
11 Case per anziani	14	9,46
<b>TOTALE</b>	<b>71</b>	<b>50,33</b>

Fonte: Ufficio soggetti con handicap e invalidi civili - Settembre 2010

I servizi sociali delle Comunità comprensoriali e l'Azienda servizi sociali di Bolzano forniscono direttamente o indirettamente servizi di attività diurna per persone con disabilità (laboratori protetti, laboratori riabilitativi e centri di assistenza socio-pedagogica diurna). Ai frequentatori di tali strutture non viene offerto un posto di lavoro (un rapporto di lavoro), bensì varie opportunità occupazionali o di attività diurne, di accompagnamento socio-pedagogico e di cura.

In questi ultimi due decenni, l'offerta ha subito un profondo cambiamento. Dopo l'iniziale insediamento di opportunità occupazionali sotto forma di laboratori protetti presso le scuole professionali, l'aggregazione ai Centri sociali ha comportato la differenziazione fra "laboratori protetti" ed "attività socio-assistenziali diurne".

Il distacco dagli enti gestori originari (le scuole professionali) con conseguente aggregazione ai Servizi sociali, era espressione di un cambiamento di sistema. Il miglioramento e la maggiore durata dei percorsi d'istruzione e di formazione professionale, la realizzazione di servizi e la definizione di interventi mirati all'inserimento lavorativo hanno prodotto la trasformazione dell'offerta di servizi semiresidenziali in offerte prevalentemente assistenziali ed occupazionali. I "corsi di socializzazione" organizzati dai Servizi sociali per le persone con disabilità hanno perso la loro funzione e sono stati sostituiti con percorsi scolastici.

Il cambiamento a livello concettuale si riflette anche nel progressivo sganciamento degli orari d'apertura delle strutture dal calendario scolastico. Le strutture sono aperte durante più giorni e sono sempre più numerose quelle che in caso di necessità offrono i propri servizi anche durante tutto l'arco dell'anno. La durata della permanenza e la scarsa fluttuazione degli/delle utenti sono ulteriori indici del prevalente orientamento sull'accompagnamento o sul mantenimento delle capacità esistenti, mentre passa in secondo piano la preparazione all'inserimento lavorativo nel normale mercato del lavoro.

La realizzazione di laboratori riabilitativi in quattro Comunità comprensoriali è espressione della determinazione dei Servizi sociali a confermare il ruolo preminente dell'integrazione nel normale mercato del lavoro, offrendo un'opportunità che si avvicina al modello delle cooperative sociali. I limiti di questi interventi si evidenziano però nello scarso numero degli inserimenti lavorativi ottenuti e nella conseguente fruizione prolungata dell'offerta da parte di singole persone. Resta ovviamente difficile distinguere a livello concettuale fra strutture riabilitative da un lato e laboratori protetti dall'altro.

Fig. 8 Numero delle strutture semiresidenziali/numero dei posti disponibili per persone con disabilità in Alto Adige - 2008

	<b>Laboratori protetti e riabilitativi</b>	<b>Centri di assistenza socio-pedagogica diurna</b>
n. strutture	30	16
n. posti	778	213
n. utenti	729	183

Fonte: *Statistiche sociali 2009 Ripartizione Famiglie e Politiche sociali - Bolzano*

### **2.3.5. La famiglia**

La stragrande maggioranza delle persone con disabilità vive con la propria famiglia. La crescente instabilità della famiglia ed i continui cambiamenti nella gestione familiare rendono sempre più importanti le istituzioni ed i servizi pubblici creati per consigliare, accompagnare e sgravare le famiglie nei loro compiti assistenziali ed educativi.

Nel 2010, in provincia di Bolzano i/le minori con disabilità accertata o disabilità grave erano 655 (*Legge 104/92, art. 3, commi 1 e 3*).

I dati del 2010 riportano un totale di 273 minori che percepiscono prestazioni economiche ai sensi della *L.P. 46/78*. Di questi, 44 minori con invalidità al 100% percepiscono un'indennità di accompagnamento, 183 minori con invalidità dal 74% al 99% percepiscono l'assegno mensile per invalidi civili parziali, 24 minori sordi beneficiano di indennità di comunicazione, 22 minori ciechi (parziali e totali) ricevono le tre prestazioni previste (pensione, assegno integrativo e indennità speciale).

Nel 2010, l'assegno di cura (*L.P. 9/07*) è stato erogato a 557 bambini, mentre 44 percepivano l'indennità di accompagnamento.

I minori con disabilità possono accedere a tutte le strutture di assistenza all'infanzia e formative. Grazie all'impegno profuso da insegnanti di sostegno ed integrazione scolastica, operatori/operatrici socio-assistenziali ed assistenti all'integrazione scolastica, i 3.207 bambini con diagnosi funzionali

<sup>(21)</sup> accedono a percorsi inclusivi dalla scuola materna agli istituti di istruzione superiore di tutti e tre i gruppi linguistici (ad eccezione della formazione professionale). Nel 2009 sono stati 14 i/le bambini/e con disabilità a fruire inoltre dell'assistenza di operatori/trici socio-assistenziali negli asili nido e nelle microstrutture per l'infanzia.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un continuo e consistente incremento del numero degli alunni/delle alunne con diagnosi funzionale e descrizione funzionale.

Le diagnosi e descrizioni funzionali rilevano menomazioni funzionali (che si esprimono anche in difficoltà di apprendimento ed in disturbi comportamentali), ma non necessariamente situazioni di disabilità. È questa distinzione che spiega, appunto, il divario numerico fra i minori con invalidità civile accertata che percepiscono l'assegno di cura oppure con disabilità accertata ai sensi della *Legge 104/92* e gli alunni/le alunne con diagnosi e descrizione funzionale.

Le famiglie sono affiancate dal Distretto sociale quale importante struttura di riferimento che fornisce prestazioni di assistenza e di cura a carattere ambulatoriale nonché da organizzazioni private che erogano anch'essi servizi ambulatoriali. I servizi di assistenza domiciliare, invece, non sono ancora riusciti a garantire un sufficiente livello di assistenza anche per le persone con disabilità e a rispondere adeguatamente alle loro esigenze <sup>(22)</sup>. Anche nell'assistenza socio-pedagogica di base le persone con disabilità non rappresentano ad oggi un target prioritario (5,2% delle persone assistite).

A migliorare la situazione ha contribuito il "progetto kids". La riduzione del 50% della quota tariffaria a carico delle famiglie consente alle stesse in caso di fabbisogno il ricorso ad un aiuto esterno per l'assistenza dei propri figli.

Per alleggerire i familiari, i Servizi sociali propongono specifiche offerte presso le strutture residenziali, sotto forma di soggiorni brevi o assistenza durante il fine settimana. Oltre ad alleviare temporaneamente le famiglie dal compito di assistenza, tali servizi offrono agli/alle utenti l'opportunità di relazionarsi e di vivere anche in ambito extrafamiliare.

### 2.3.6. Residenzialità

Fig. 9 Sviluppo quantitativo delle offerte abitative in Alto Adige fra il 2000 e il 2008 (compresi i posti disponibili presso la *Casa del Gesù* ed il *Centro ciechi*)

	<b>numero delle strutture</b>	<b>posti</b>
<b>2000*</b>	19	376
<b>2002</b>	25	400
<b>2004</b>	30	441
<b>2006</b>	38	431
<b>2008</b>	40	455

Fonte: Ufficio soggetti portatori di handicap - Bolzano

I dati della tabella sopra riportata illustrano il potenziamento quantitativo dell'offerta residenziale via via più differenziata nel corso degli ultimi anni: se agli inizi del secolo scorso l'unica struttura per persone con disabilità era la Casa del Gesù di Cornaiano, fra il 1985 ed il 1990 ci si è adoperati per realizzare centri sociali che garantivano tutte le tipologie di servizio e di strutture per persone con disabilità, riunite in un'unica sede. La creazione di strutture quali la "Seeburg" a Bressanone,

quella di via Fago a Bolzano, "Pastor Angelicus" a Merano e "Trayah" a Brunico trova il suo giusto collocamento in questa tradizione.

Nel crescente numero delle strutture disponibili si evidenzia il cambiamento di concezione: le strutture sono di dimensioni sempre più ridotte e il focus dell'attenzione è posto sempre più sull'integrazione e sulla sede inserita possibilmente nell'ambiente di vita più immediato degli/delle utenti. Di conseguenza, nell'ambito dell'offerta residenziale, le unità abitative sono ora di dimensioni più ridotte. Allo stesso cambiamento di concezione è dovuta anche la nuova denominazione del convitto di Brunico che vuol essere per i suoi ospiti una casa, un luogo protetto, individualmente gestibile in condizioni di ampia autonomia.

L'offerta residenziale è compresa principalmente nei Centri sociali previsti e realizzati ai sensi della L.P. 20/1983. Il maggior numero di posti in struttura residenziale è offerto dal Centro sociale "Trayah" a Brunico che accoglie 38 persone ospitate in 5 gruppi semi-assistiti e 2 miniappartamenti.

Nel contempo, vanno formandosi anche comunità alloggio e piccoli gruppi abitativi all'interno dei centri sociali.

A Bolzano, ma anche in altre Comunità comprensoriali si stanno sperimentando nuove modalità abitative gestite in condizioni di assistenza socio-pedagogica tesa all'addestramento abitativo. I Servizi sociali sono chiamati a tener conto delle nuove esigenze in termini di accompagnamento ambulatoriale degli/delle utenti e a potenziarne la disponibilità futura. Il varo del progetto di accompagnamento abitativo socio-pedagogico in strutture abitative private rappresenterà un importante passo in avanti verso una più ampia offerta di modalità abitative autodeterminate. Nel Piano sociale provinciale 2000-2002 viene data la preferenza al domiciliare rispetto al residenziale. Il Piano sociale 2007-2009 ribadisce tale orientamento.

Un elemento importante nello sviluppo di modalità residenziali autonome riveste l'offerta dell'addestramento abitativo, cui è dedicata ad esempio la struttura multizonale "Centro di addestramento abitativo Euroresidence". In alcuni centri sociali di diverse Comunità comprensoriali sono infine disponibili dei miniappartamenti in cui gli inquilini hanno modo di abituarsi a vivere autonomamente, in condizioni di semi-assistenza.

Il fabbisogno di nuove, più aperte modalità abitative, è evidente: l'Istituto all'edilizia abitativa agevolata, ma anche alcune organizzazioni private (cooperativa sociale "casa-haus") sostengono questo sviluppo agendo come intermediari o mettendo a disposizione appartamenti o camere in alloggi comuni.

Una posizione peculiare occupa il "Progetto Phönix" (2001): nell'ambito di questa iniziativa, un gruppo di persone con disabilità fisiche gravi prende in locazione un alloggio, autofinanziandolo ed organizzando sotto la propria responsabilità la forma di assistenza di cui intende usufruire. I costi delle prestazioni assistenziali vanno in gran parte a carico dell'ente pubblico, in parte sono coperti con l'assegno di cura. Il progetto si ispira al concetto del movimento *independent living*, movimento che sta prendendo piede in Alto Adige soprattutto grazie all'impegno della cooperativa sociale *Independent L.* (1997), della UILDM<sup>(23)</sup> e di alcuni studenti/studentesse con disabilità che hanno studiato fuori provincia con il sostegno di assistenti personali.

Nel frattempo, la rivendicazione di una prestazione economica che consenta di partecipare alla vita sociale e di vivere in condizioni di autonomia trova il sostegno di tutte le organizzazioni operanti a favore delle persone con disabilità ed è in fase di realizzazione.

Fig. 10 Offerte abitative per persone con disabilità in Alto Adige (dati aggiornati al 31 dicembre 2008)

	<b>Alloggi in Centri di addestramento abitativo</b>	<b>Comunità alloggio</b>	<b>Comunità alloggio "Phoenix"</b>	<b>Convitti</b>	<b>Istituti</b>
<b>n. strutture</b>	3	18	2	15	2
<b>posti disponibili</b>	24	87	7	200	137
<b>ospiti</b>	15	71	6	192	130

Fonte: Statistiche sociali 2009 - Ripartizione Famiglia e Politiche sociali - Bolzano

L'età degli/delle utenti delle offerte residenziali tende al rialzo e la loro permanenza nelle strutture si protrae sempre più. Ne consegue che rivestono importanza prioritaria quegli interventi che consentono di far fronte alla crescente domanda ed alla scarsa fluttuazione.

### **3. Trends evolutivi e prospettive per il futuro**

Dall'elaborazione di dati rilevati nei contatti con i diversi soggetti, è emersa una serie di trends che si riveleranno significativi per le evoluzioni future:

1. la crescente età media delle persone;
2. la differenziazione dei bisogni;
3. le rivendicazioni di coinvolgimento, di autonomia e di corresponsabilità avanzate con determinazione dalle persone con disabilità, dai loro familiari e dalle associazioni che li rappresentano;
4. un maggior numero di servizi ed attori/attrici coinvolti nell'attuazione delle misure d'intervento;
5. la necessità di definire delle priorità.

#### **3.1. La crescente età media**

Il progresso medico e tecnologico, l'offerta di servizi e programmi specifici ed il mutato clima sociale e culturale hanno contribuito ad avvicinare sensibilmente la speranza di vita media delle persone con disabilità a quella della rimanente popolazione.

In Gran Bretagna, ad esempio, il numero delle persone con disabilità mentale risulta essere cresciuto del 53% nel periodo 1960-1995. Per gli anni 1998-2008 si prevede un ulteriore aumento dell'11% <sup>(24)</sup>. Nel 1949, la speranza di vita delle persone con sindrome di Down, era di soli 9 anni, mentre da studi attuali l'età media risulta essere di 55 anni <sup>(25)</sup>.

Secondo stime effettuate nell'area anglo-americana, il numero complessivo delle persone ultrasessantenni con difficoltà di apprendimento si raddoppierà nell'arco dei prossimi 30 anni.



La crescente speranza di vita della popolazione comporterà anche l'aumento della percentuale di persone anziane con disabilità. In Germania oltre il 50% delle persone con disabilità grave ha ormai superato i 65 anni di età <sup>(26)</sup>.

Pertanto, andranno messi in atto gli opportuni cambiamenti riguardo alle seguenti tre esigenze fondamentali:

- a. è necessario rispettare le esigenze e le capacità di persone anziane con disabilità, adeguando i servizi e le offerte (servizi ambulatoriali, offerte abitative, assistenza diurna, passaggio alla condizione di pensionati, lavoro con e per i familiari); in fase di pianificazione, occorre tenere presente la costante crescita numerica delle persone anziane nelle strutture residenziali, sul lavoro e nel settore del tempo libero come pure nei settori della medicina e della cura;
- b. la qualificazione delle operatrici/degli operatori deve tenere conto dell'invecchiamento delle persone con disabilità;
- c. considerata la crescente durata media di vita delle persone con disabilità ed il conseguente invecchiamento delle famiglie d'origine dei/delle conviventi, si pone in maniera sempre più impellente l'interrogativo del "dopo di noi" ovvero del "come conciliare le esigenze delle persone con disabilità con quelle dei loro familiari durante tutto l'arco della loro vita".

Fig. 11



### 3.2. La differenziazione del fabbisogno

Un secondo aspetto rilevante è la crescente differenziazione del fabbisogno. Nei decenni passati, il profilo dei fabbisogni delle persone con disabilità e dei loro familiari si presentava più standardizzato. Le rivendicazioni si riferivano innanzitutto ad un'offerta di base residenziale e diurna accessibile sull'intero

territorio provinciale. Oggi assistiamo invece alla crescente diversificazione delle esigenze espresse. Il fenomeno è dovuto in parte al progresso tecnologico e scientifico ed alle conseguenti opportunità di differenziazione (nei settori sanità, lavoro, educazione, sostegno alla mobilità). L'altro fattore determinante è la maggiore consapevolezza delle persone con disabilità e dei loro familiari rispetto

alle opportunità esistenti ed ai vantaggi di un adeguamento in funzione del potenziale delle persone con disabilità. Questa più accentuata differenziazione del fabbisogno implica una serie di nuove sfide sul piano delle politiche per le persone con disabilità. I programmi, i servizi e le prestazioni dovranno orientarsi sempre più sui fabbisogni individuali. Ne consegue la necessità di differenziare e coordinare le misure d'intervento e di introdurre costantemente innovazioni e miglioramenti nei programmi specifici. Inoltre, la differenziazione dei fabbisogni produce una spinta alla specializzazione che a sua volta richiede ulteriori sforzi in termini di differenziazione, di coordinamento e di integrazione. L'adozione di criteri che definiscano le priorità e le tipologie d'intervento rappresenterà una delle sfide importanti da fronteggiare negli anni a venire.

Fig. 12



### 3.3. L'accresciuto numero di attori/attrici e servizi implicati

L'offerta di strutture ed iniziative dedicate alle persone con disabilità è cresciuta in misura consistente sia nel pubblico che nel privato. Questo nuovo e più complesso scenario si traduce in nuove sfide alle politiche di settore. La rapida evoluzione del fabbisogno, la differenziazione e specializzazione delle prestazioni e l'attribuzione delle varie competenze a determinati comparti hanno prodotto un panorama dei servizi dalla struttura sempre più articolata che richiede nuovi modelli di governo e di integrazione. La molteplicità degli attori/delle attrici va tuttavia interpretata anche come opportunità per trasformare la cooperazione incentrata sulla persona in un processo di apprendimento reciproco.

Fig. 13



### 3.4. La piena partecipazione, l'inclusione e la corresponsabilità

Una quarta tendenza significativa rilevabile nell'attuale fase storica è la crescente consapevolezza dei propri diritti da parte delle persone con disabilità, sviluppo che gode del sostegno della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Questa consapevolezza si sta diffondendo sia fra le persone direttamente interessate ed i loro familiari che fra gli operatori/le operatrici dei servizi che rimandano alla necessità ed opportunità di incentivare l'autodeterminazione e di limitare la dipendenza dai programmi assistenziali.

La piena attuazione di questi principi è ostacolata da una serie di fattori:

- a) la mancanza di norme giuridiche che impongono il coinvolgimento delle persone con disabilità in questioni riguardanti i loro stessi percorsi di vita;
- b) le ansie dei familiari, dei responsabili e della collettività riguardo ad eventuali danni che l'autodeterminazione potrebbe recare agli interessati stessi e/o al loro contesto sociale;
- c) la mancanza delle risorse finanziarie occorrenti per una gestione autodeterminata della vita;
- d) le scarse opportunità per la popolazione di prendere coscienza delle capacità e delle competenze delle persone con disabilità;
- e) la scarsa disponibilità dei/delle responsabili a rivedere le prassi assistenziali una volta consolidate e ad ampliare il margine di autodeterminazione;
- f) lo scarso senso di responsabilità della società civile rispetto a tutte le tematiche legate alla condizione di disabilità, insieme all'appoggio carente dato alle iniziative di sostegno integrate e trasversali nella realizzazione dei progetti di vita.

Fig. 14



### 3.5. La necessità di definire gli obiettivi prioritari

Il benessere economico cui assistiamo in provincia di Bolzano e l'impegno dei/delle responsabili hanno consentito di predisporre un'offerta di servizi di qualità elevata, superiore al livello medio nazionale ed internazionale. Sarà una grande sfida garantire lo standard attuale anche in futuro e reperire le risorse necessarie per adeguare interventi e servizi al continuo evolversi dei fabbisogni. Il Piano di settore non prevede un aumento considerevole delle spese a favore del settore sociale, anche in presenza di condizioni economiche invariate. Nel contempo, i cambiamenti demografici ed il confronto con altre realtà daranno luogo ad aspettative più esigenti nei confronti del sistema sociale.

Il Piano sociale 2007-2009 prevede per le spese relative al periodo di riferimento un tasso di crescita pari al 3,0%. In quest'ottica, la collettività nel suo insieme è chiamata a riflettere sull'utilizzo efficiente e sulla distribuzione equa delle limitate risorse disponibili. Pertanto, rappresentano un momento cruciale la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti nelle risposte da dare a questo interrogativo, lo sviluppo di strumenti e l'opportunità per tutti/tutte di partecipare attivamente a questo processo.

Fig. 15



## 10. Priorità operative ed interventi

Dall'evaluazione delle interviste, dei questionari e dei dibattiti confluita nella definizione del presente Piano di settore, si sono enucleati quali fattori chiave riguardo alla qualità di vita delle persone con disabilità i seguenti temi:

Fig. 16: I principali temi della qualità di vita



Dai temi sopra esposti emerge una serie di priorità operative su cui impostare i concreti interventi necessari per migliorare la qualità di vita delle persone con disabilità.

### 4.1 La dimensione personale

Riguardo alla vita quotidiana delle persone, sono state scelte le seguenti priorità operative:

- A. l'autodeterminazione;
- B. la famiglia;
- C. la residenzialità;
- D. la socializzazione e il tempo libero;
- E. l'occupazione ed il lavoro.

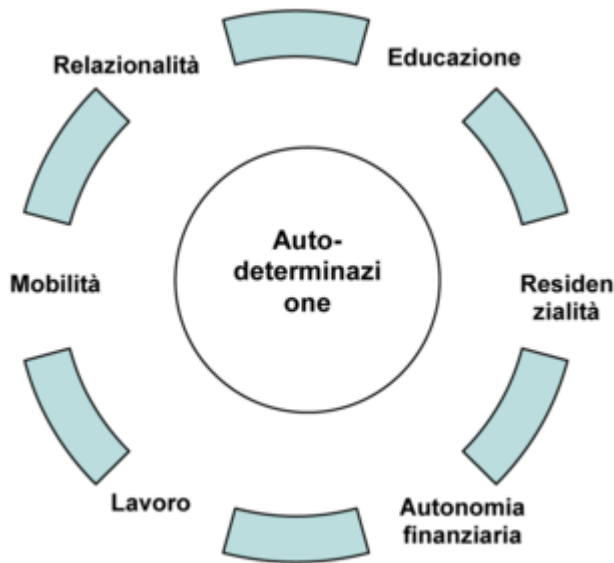
### **A. L'autodeterminazione**

Un Paese che prepara nuove leggi per le persone con disabilità, deve discuterle con le persone con disabilità perché sono loro a sapere meglio di tutti di che cosa hanno bisogno (art. 4). Come tutte le altre persone, anche le persone con disabilità hanno diritto di scegliere liberamente come desiderano vivere nella società. Possono ad es. decidere dove e con chi vivere (art. 19). Le persone con disabilità devono poter vivere in maniera possibilmente indipendente e prendendo decisioni autonome. Per questo motivo i Paesi che hanno firmato questa Convenzione, dovranno coinvolgere le persone con disabilità in tutti gli ambiti della vita (art. 26).

Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

Accanto ad altri fattori, ad agevolare in misura decisiva l'integrazione in tutte le sfere di vita, sono stati anche i significativi miglioramenti apportati all'offerta di servizi a persone con disabilità messa a punto in provincia di Bolzano. L'evaluazione dei percorsi di vita e delle testimonianze raccolte con interviste e racconti e a livello di *focus groups*, ha messo in evidenza come la rivendicazione della piena partecipazione attraverso scelte autodeterminate riguardo alla propria vita sia avanzata a prescindere dal grado di limitazione. L'entità degli interventi di sostegno necessari deve essere appropriata alle esigenze dell'individuo. L'obiettivo è quello di superare le normative assistenziali passive, di ridare alle persone con disabilità la responsabilità per le proprie scelte e di dotarle dei mezzi e degli strumenti che consentano loro la piena partecipazione.

Fig. 17 Gli ambiti di realizzazione della vita autonoma



### **A.1 Sperimentazione ed introduzione del budget personale per persone con disabilità a sostegno di una vita autodeterminata e dell'inclusione sociale**

Spesso, la partecipazione e l'autodeterminazione presuppongono che le persone con disabilità godano di un sostegno nella vita quotidiana. Pertanto, la gestione autodeterminata della vita è strettamente legata all'introduzione del budget personale. Scopo di questa tipologia di intervento è quello di coprire i costi d'acquisto delle prestazioni di assistenza alla persona. Introdotto da anni in altri paesi europei, esso è, per i beneficiari/le beneficiarie uno strumento di responsabilizzazione e di realizzazione autonoma dei propri progetti di vita. Esso contribuisce quindi ad aumentare sia la qualità di vita sia l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni.

Un progetto pilota è già stato realizzato nel 2008/2009 e fornisce importanti informazioni per l'implementazione di questo nuovo intervento a livello provinciale.

Elementi importanti del progetto saranno sia gli specifici percorsi di formazione e di accompagnamento coi quali le persone con disabilità impareranno ad amministrare le risorse finanziarie in veste di datori/datrici di lavoro, sia l'adattamento con il sistema della non autosufficienza.

A.1.1. Elaborare criteri per la concessione del budget personale (fabbisogno assistenziale, procedure, calcolo dei contributi) destinato a consentire alle persone con limitazioni fisiche una vita autodeterminata e l'integrazione sociale.

A.1.2. Organizzare e realizzare offerte di consulenza e di aggiornamento sugli aspetti di diritto del lavoro e fiscale legati al godimento di questa tipologia di prestazione economica.

A.1.3. Armonizzare l'intervento con le prestazioni previste dal nuovo regime di assistenza alle persone non autosufficienti in vista dell'impiego del denaro per la cura e/o l'assistenza.

### **B. La famiglia**

Ogni persona con disabilità ha diritto ad avere una famiglia, dei figli o un compagno/una compagna come tutte le altre persone. (...) I bambini con disabilità hanno gli stessi diritti degli altri bambini per quanto riguarda la vita in famiglia. Talune

persone non sanno come comportarsi con un bambino con disabilità oppure si vergognano della sua disabilità. (...) Per questo motivo le famiglie ricevono informazioni su dove ottenere aiuto e sui servizi che ci sono per loro ... (art. 23).

Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

I familiari ed i/le conviventi giocano un ruolo decisivo nella gestione dei compiti quotidiani e nella crescita individuale delle persone con disabilità. Essi garantiscono infatti cura ed assistenza, educazione, stabilità emotiva ed economica. Famiglie oberate di impegni e famiglie con difficoltà economiche non sono in grado di assolvere a queste funzioni oppure vi provvedono con enorme difficoltà. Un partenariato forte e fondato su un rapporto di parità fra le persone con disabilità, le famiglie ed i servizi è presupposto irrinunciabile per l'efficienza e l'efficacia degli interventi. Nel sostegno alla famiglia, l'attenzione dovrebbe concentrarsi sull'obiettivo di abilitare i figli/le figlie o i/le conviventi all'autodeterminazione, tenendo in considerazione le esigenze specifiche delle famiglie.

Fig. 18 Le principali funzioni della famiglia per la qualità della vita della persona con disabilità



### **B.1. Sviluppare un'offerta di sostegno e consulenza integrata per famiglie con bambini con disabilità ("sostegno precoce")**

La complessità e la strutturazione poco trasparente, insieme al coordinamento spesso carente dei servizi, danno luogo ad una serie di inconvenienti nella gestione della vita quotidiana per le famiglie con bambini/bambine con disabilità. Talvolta, è la mancanza di informazione (ad es. su iniziative per il tempo libero, gruppi di auto mutuo aiuto, prestazioni economiche) e di consulenza e sostegno nella scelta delle offerte specifiche ad impedire che le famiglie vi facciano ricorso.

Le famiglie con le loro competenze sociali ed educative, il loro bagaglio culturale e di conoscenze specifiche e le loro risorse economiche e sociali, rivestono un ruolo determinante sia riguardo al livello di autodeterminazione dei figli/delle figlie nello sviluppo e nella realizzazione dei progetti di vita che riguardo all'ampliamento autonomo delle competenze. Un'offerta integrata di sostegno e consulenza deve inoltre affiancare le famiglie nelle sfide quotidiane legate alla disabilità del



figlio/della figlia. In questo contesto sono particolarmente preziose le offerte di aggiornamento e di integrazione sociale della famiglia.

B.1.1. Elaborare ed implementare linee guida provinciali in materia sociale e sanitaria per la consulenza e l'assistenza sociale e riabilitativa integrata a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie.

B.1.2. Strutturare progetti socio-sanitari integrati per il sostegno psicologico, sociale e relazionale da offrire ai familiari di bambini e bambine con disabilità.

B.1.3. Collegare in rete e migliorare la qualità delle offerte di consulenza per persone con disabilità.

## **B.2. Potenziare l'offerta di servizi di "respiro"**

Le famiglie con un familiare con disabilità sono esposte a fattori di difficoltà su diversi livelli. Per poter svolgere nel lungo periodo i loro compiti ed impegni quotidiani evitando condizioni di sovraccarico, necessitano tra l'altro di periodi di recupero dal lavoro di assistenza e di cura quotidiano; a questo fabbisogno sono dedicate le offerte di sostegno residenziale e semiresidenziale (KIDS, assistenza durante i fine settimana, posti a rotazione, affidamento familiare). Inoltre, le famiglie devono poter vivere in condizioni di certezza riguardo alle strutture ed ai servizi che offrono sostegno di elevata qualità per un periodo limitato. I servizi di "respiro" sono una risorsa il cui utilizzo può essere organizzato preventivamente, nel medio e nel lungo periodo, ma devono poter supportare le famiglie anche nel breve termine, in casi di acuta criticità o di emergenza (ad es. malattia della madre). Spesso, le famiglie considerano il ricorso all'assistenza residenziale temporanea come ammissione di un proprio fallimento.

Invece, è un primo importante passo di distacco nel percorso verso l'autonomia della persona assistita. Occorrono specifici percorsi formativi per preparare operatori ed operatrici dei servizi sociali all'affiancamento delle famiglie in questo processo.

B.2.1. Creare un numero minimo di posti a rotazione per l'ammissione temporanea nelle strutture residenziali delle singole Comunità comprensoriali, in funzione del fabbisogno locale e rispondente al carattere preventivo e di emergenza di questa tipologia d'offerta (assistenza nei fine settimana, posti a rotazione).

B.2.2. Incentivare l'affidamento familiare di persone con disabilità attraverso opportuni percorsi formativi per le famiglie affidatarie.

B.2.3. Prevedere percorsi formativi per operatori ed operatrici dei servizi sociali onde prepararli all'affiancamento delle famiglie e dei giovani nel processo di distacco.

## **B.3. Incentivare l'auto aiuto e le iniziative di formazione per familiari di persone con disabilità**

I familiari delle persone con disabilità spesso desiderano scambiare e condividere le proprie esperienze e difficoltà, le competenze ed i saperi acquisiti con persone che si trovano in situazioni analoghe. Il loro bagaglio di conoscenze specifiche non è acquisibile attraverso i contatti con i servizi specialistici. Pertanto, i gruppi di auto-aiuto rappresentano una preziosa risorsa. Essi non sono tuttavia presenti in maniera uniforme sul territorio provinciale. A livello di politiche sociali, è importante promuovere questa tipologia di sostegno, come è importante garantire una pianificazione

continuativa e mirata di percorsi di aggiornamento condivisi fra le persone direttamente interessate e gli uffici/i servizi specialistici, organizzazioni private, scuole ed università.

Convivere con persone con disabilità richiede il costante aggiornamento delle conoscenze (approcci terapeutici, ausili, interventi, prestazioni) e delle competenze. Genitori o familiari che assistono una persona con disabilità fronteggiano un compito ed una sfida di difficile gestione se affrontata senza il costante aggiornamento e la continua informazione e ricerca di soluzioni efficienti.

B.3.1. Favorire la diffusione ed esecuzione di attività di auto-aiuto.

B.3.2. Incentivare iniziative di informazione e di formazione per familiari di persone con disabilità.

B.3.3. Promuovere la collaborazione fra i distretti sociali e le famiglie per organizzare lo scambio di informazioni coinvolgendo i servizi sanitari e le scuole.

## **C. Residenzialità**

### **C.1. Potenziamento e miglioramento delle offerte di assistenza a domicilio**

Una delle richieste più diffuse in relazione all'assistenza ed al sostegno a persone con disabilità ed ai loro familiari si riferisce allo sviluppo ed al miglioramento delle prestazioni di assistenza socio-pedagogica e di cura prestate in regime ambulatoriale a domicilio. L'attuale organizzazione dell'assistenza domiciliare consente di erogare prestazioni puntuali e limitate nel tempo, ma non prestazioni continuative e flessibili. Data la crescente età media delle persone con disabilità e dei loro familiari, considerata anche la mutata struttura della famiglia e tenuto conto del desiderio delle persone con disabilità di disporre di uno spazio di vita privato, il fabbisogno di servizi di assistenza socio-pedagogica e di cura è destinato a crescere. L'erogazione dell'assegno di cura consente ora di finanziare in maggior misura forme private di assistenza.

L'obiettivo è quello di migliorare le modalità di erogazione delle prestazioni, sviluppando meccanismi di flessibilizzazione delle prestazioni e di ampliamento degli orari di apertura dei servizi. In questo modo si vuole garantire la libertà di scelta delle persone con disabilità nell'ambito di un'offerta di adeguato standard qualitativo e rispondere alle esigenze delle persone beneficiarie, che non sempre coincidono con quelle dei servizi tradizionali.

C.1.1. Predisporre e potenziare un'offerta di servizi personalizzati e qualificati nel quadro dell'assistenza domiciliare, garantendo l'affiancamento socio-pedagogico.

C.1.2. Verificare l'impatto dell'introduzione del fondo di non autosufficienza sulle prestazioni di assistenza domiciliare alle persone con disabilità.

C.1.3 Promuovere percorsi formativi specifici per persone con disabilità sulla gestione delle risorse economiche destinate alla copertura del proprio fabbisogno assistenziale.

### **C.2. Definizione e sviluppo concettuale delle offerte residenziali**

In passato, le norme vigenti hanno consentito lo sviluppo ed il potenziamento di una capillare offerta residenziale di elevato standard qualitativo per persone con disabilità e con fabbisogno assistenziale differenziato. Ora, tuttavia, tali norme devono essere adeguate per consentire di adottare i necessari aggiustamenti: la maggiore aspettativa delle persone con disabilità, il parallelo invecchiamento dei familiari che le assistono e la sempre più diffusa cultura di gestione autonoma

ed attiva della vita hanno profondamente cambiato la domanda di servizi ed offerte residenziali. La sfida da fronteggiare è rappresentata dallo sviluppo di interventi e dall'attivazione di una rete di servizi che consentano alle persone con disabilità di gestire la propria vita in condizioni di indipendenza e di sicurezza, focalizzando l'attenzione sulle loro potenzialità ed esigenze. All'interno delle strutture esistenti, il cambiamento concettuale è già in atto e punta su soluzioni che oltre al posto letto sicuro offrano spazio ad un progetto di vita individuale. È pertanto necessario differenziare le offerte e sviluppare, accanto alle opportunità attuali, nuovi modelli di offerte residenziali, soprattutto a livello di edilizia abitativa agevolata.

L'evoluzione concettuale delle offerte residenziali per le persone con disabilità è strettamente legata alle tipologie previste per gli anziani - soprattutto per quanto riguarda la crescente fruizione delle offerte dell'Istituto per l'edilizia abitativa. In uno sforzo comune occorre sviluppare specifici modelli per l'affiancamento di persone con disabilità che stanno diventando anziane sia nelle strutture residenziali per persone con disabilità che in quelle per anziani. Occorre prevedere offerte sufficientemente flessibili che si adeguino all'evolversi dei bisogni degli utenti lungo l'arco della loro vita, evitando passaggi inutili fra i diversi servizi residenziali di tipo istituzionale.

Rimane inoltre da approfondire la risposta al bisogno espresso da quella popolazione con ritardo mentale e patologie correlate di tipo comportamentale e di condotta, che richiede degli interventi specialistici di tipo socio-sanitario integrato.

C.2.1. Aggiornare il quadro legislativo per lo sviluppo e la differenziazione delle offerte residenziali per persone con disabilità. Sviluppare nuovi modelli abitativi, più consoni al supporto a nuovi stili di vita autodeterminata all'interno di comunità.

C.2.2. Rilevare il fabbisogno di posti nel medio e lungo periodo e predisporre un opportuno piano di edificazione e di ampliamento.

C.2.3. Avviare uno scambio permanente fra i servizi sociali e l'edilizia abitativa agevolata, per tener conto meglio delle esigenze abitative delle persone con disabilità.

C.2.4. Sviluppare ulteriormente la competenza degli operatori/delle operatrici dei servizi sociali nella consulenza su progetti abitativi collegati in rete che tengano conto delle esigenze e delle competenze individuali.

C.2.5. Attivare percorsi formativi con relativo affiancamento degli operatori/delle operatrici che seguono le varie offerte residenziali per le persone con disabilità, al fine di agevolare l'implementazione, nell'affiancamento quotidiano delle/degli ospiti, dei principi dell'empowerment, della partecipazione, dell'autodeterminazione, della libera scelta.

C.2.6. Analisi e adeguamento dei Livelli minimi di assistenza (Liveas)

C.2.7. Sviluppo di un'offerta abitativa socio-sanitaria per persone con doppia diagnosi/comorbidità psichica

### **C.3. Sviluppo e sperimentazione di progetti abitativi che prevedano sistemi di automazione domestica (domotica)**

Lo sviluppo di nuovi ausili tecnici ed elettronici e di sistemi di automazione dello spazio abitativo (es.: apertura di finestre, mezzi di comunicazione) consente oggi di vivere in condizioni di maggiore indipendenza rispetto al passato. L'obiettivo è quello di mettere in atto nuovi modelli di offerte

residenziali basate sull'impiego di tecnologie avanzate di automazione, in cooperazione con istituti di ricerca. Con questa tipologia di soluzioni si vuole contribuire, tra l'altro, a diffondere su più vasta scala le nuove opportunità.

C.3.1. Realizzare modelli abitativi con sistemi elettronici di automazione domestica (domotica), in partenariato fra strutture pubbliche ed istituti di ricerca.

C.3.2. Rivedere il registro degli ausili sanitari nazionale e verificare i criteri di fruizione nonché la possibilità di inserirvi nuovi ausili tecnici e tecnologici (domotica, telehelping).

#### **C.4 Sperimentazione di progetti atti a consentire la permanenza di persone con disabilità nell'ambiente abitativo originario ("dopo di noi")**

Uno dei processi di trasformazione più incisivi è dovuto all'aumento della vita media delle persone con disabilità. Il fenomeno evidenzia il ruolo spesso sottaciuto del lavoro di assistenza e di cura informale svolto dalle famiglie. Con l'avanzare dell'età, i genitori spesso non sono più in grado di garantire l'assistenza e l'accompagnamento a domicilio dei figli con disabilità, motivo per cui si rende necessario sviluppare alternative alle condizioni abitative o modalità di sostegno personalizzate. È importante che vengano attuati opportuni programmi di supporto per il "mentre e dopo di noi", al fine di consentire alle persone con disabilità che per decenni hanno vissuto in famiglia, di continuare a vivere nei propri alloggi privati, in maniera relativamente autonoma. Il Piano si prefigge la messa a punto di progetti, la loro sperimentazione e la definizione di un adeguato quadro giuridico.

C.4.1. Monitorare il fenomeno dell'invecchiamento dei nuclei familiari in cui vivono persone con disabilità.

C.4.2. Coordinare interventi e servizi per modelli abitativi integrati che consentano la permanenza nello spazio abitativo originario ("dopo di noi").

C.4.3. Informare su possibili regimi giuridici di amministrazione e di utilizzo del patrimonio (anche immobiliare) di persone con disabilità e/o dei loro familiari, con l'obiettivo di permettere un'assistenza abitativa individualizzata anche dopo il decesso dei genitori.

#### **D. Socializzazione e tempo libero**

Le persone con disabilità hanno gli stessi diritti come tutte le altre persone a partecipare a manifestazioni culturali. (...) Inoltre, le persone con disabilità devono poter svolgere attività artistiche e non devono esserci ostacoli che glielo impediscono. Le particolari caratteristiche delle persone con disabilità devono essere rispettate da tutti. (...) Tutte le iniziative sportive e per il tempo libero sono pensate anche per le persone con disabilità. (...) Le persone con disabilità che desiderano partecipare ad attività ricreative, andare in vacanza o in viaggio, devono essere trattate come tutte le altre persone. (art. 30)

Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

L'organizzazione di iniziative per il tempo libero e di socializzazione nascono storicamente dall'esigenza dei genitori di vedersi temporaneamente alleggeriti dai compiti di assistenza. Oggi, il tempo libero è concepito come opportunità per realizzare se stessi, per relazionarsi con gli altri e per

inserirsi nei *networks*. La partecipazione ad iniziative per il tempo libero è quindi un indicatore importante del grado di inclusione che caratterizza una società.

Fig. 19



#### **D.1. Promuovere la partecipazione ad iniziative di tempo libero e di socializzazione**

Le iniziative di tempo libero e di socializzazione devono prendere lo spunto dai bisogni delle persone con disabilità e vanno quindi sviluppate e programmate coinvolgendo i/le potenziali partecipanti e i loro familiari.

Un prezioso contributo danno al riguardo le associazioni e le cooperative sociali: sarà peraltro opportuno conglobare tutte le iniziative in un programma unico, condiviso dalle organizzazioni e dai gestori dei servizi sociali implicati, nel rispetto delle diverse esigenze delle persone con disabilità, ma anche dei familiari (consulenza su viaggi individuali, informazioni chiare e ben strutturate su esercizi pubblici, impianti sportivi e strutture culturali privi di barriere, iniziative per il tempo libero per persone con disabilità gravi).

Dall'analisi delle condizioni di vita di persone con disabilità in Alto Adige emergono inoltre problemi che ostacolano la partecipazione ad iniziative di socializzazione e di tempo libero aperte a tutti. Per rendere più accessibili le varie opportunità, occorre sviluppare un'offerta strutturata, alla portata economica e fisica delle persone con disabilità, riguardo alla mobilità ed all'accompagnamento nel settore del tempo libero. Inoltre, sarà necessario preparare e formare gli operatori/le operatrici dei vari servizi nei settori giovani, sport, cultura (ad es. allenatori/allenatrici, collaboratori di centri per i giovani) verso una cultura dell'inclusione.

La partecipazione ad attività di tempo libero è spesso legata alla presenza di accompagnatori ed accompagnatrici volontari/e. L'incentivazione del volontariato, i relativi percorsi formativi e l'affiancamento da parte di attori competenti è pertanto uno degli obiettivi fondamentali del Piano. Un'attenzione particolare sarà riservata alle iniziative tese al coinvolgimento dei giovani/delle giovani nel volontariato.

D.1.1. Rilevare il fabbisogno di attività di tempo libero coinvolgendo direttamente le persone con disabilità e i loro familiari e migliorare la relativa programmazione ed informazione, anche tramite l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro.

D.1.2. Promuovere interventi tesi al coinvolgimento ed alla partecipazione alle iniziative di tempo libero già in atto, sensibilizzando, informando ed aggiornando i gestori e gli organizzatori di attività di tempo libero al miglioramento delle condizioni di accessibilità e ad un maggiore coinvolgimento delle persone con disabilità.

D.1.3. Incentivare lo sviluppo del volontariato e del servizio civile per l'accompagnamento nelle attività per il tempo libero, anche attraverso iniziative di sensibilizzazione a livello di strutture formative.

D.1.4. Verificare i possibili miglioramenti in termini di mobilità ed integrare i relativi interventi.

## **E. Lavoro ed occupazione**

Le persone con disabilità hanno diritto al lavoro come tutte le altre persone. Hanno il diritto di guadagnare denaro lavorando, per poter vivere in maniera indipendente e prendere decisioni autonome. Deve esserci la possibilità per le persone con disabilità di ottenere un posto di lavoro adatto e che possono raggiungere senza problemi. (...) Sul posto di lavoro, le persone con disabilità devono essere trattate come le altre persone. (...) Se fanno lo stesso lavoro degli altri, le persone con disabilità devono ricevere lo stesso compenso. (...) Le persone con disabilità devono avere le stesse possibilità delle persone senza disabilità, ad esempio di ricevere consulenza o di frequentare una scuola o un corso. Esse devono essere aiutate nella ricerca di un posto di lavoro e per mantenerlo. (...) Nel settore pubblico deve esserci un numero sufficiente di posti di lavoro (...). Le aziende private devono ricevere denaro perché possano assumere persone con disabilità. (art. 27)

Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

Poter svolgere un'attività lavorativa o avere un'occupazione rappresenta un fattore essenziale in termini di qualità di vita. Al riguardo, sono importanti sia le tipologie di attività, sia il contesto in cui essa è svolta. Lavoro ed occupazione possono quindi esercitare molteplici funzioni: garantire un reddito, favorire l'autonomia, assicurare uno stato sociale adeguato, contrastare il pericolo dell'esclusione ed infine dare modo di gestire le proprie giornate in maniera appagante. Elemento cruciale è l'accesso ad opportunità occupazionali o lavorative rispondenti alle capacità ed alle competenze degli interessati e vissute come attività utili e preziose. Sono inoltre condizioni che si possono considerare indice del grado di partecipazione raggiunto all'interno della nostra società e che definiscono sostanzialmente la qualità del quotidiano. L'inserimento nel mondo occupazionale e lavorativo deve quindi rappresentare uno degli obiettivi prioritari delle politiche per le persone con disabilità.

Infine è importante che venga portato avanti il trasferimento di parte della spesa sociale dalle misure assistenziali verso misure attivanti, quali ad esempio l'inserimento lavorativo.

Fig. 20 Le principali funzioni attribuibili al lavoro/all'occupazione



### **E.1. Aumentare l'efficienza dei servizi e degli interventi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità**

L'inserimento lavorativo delle persone con disabilità presuppone una serie di interventi di consulenza e di sostegno differenziati. In passato, gli sforzi compiuti in materia hanno beneficiato degli elevati livelli occupazionali registrati nella nostra provincia.

Nella fase attuale assistiamo tuttavia al moltiplicarsi delle difficoltà, soprattutto per le persone con disabilità gravi e medio gravi. È pertanto indispensabile verificare ed aggiornare i meccanismi ed interventi di integrazione finora adottati.

Attualmente sono operanti diversi servizi che intervengono nelle varie fasi del processo integrativo, utilizzando strumenti e metodi differenziati per offrire informazione, formazione, consulenza, programmazione ed affiancamento. Il Piano di settore intende avviare misure d'intervento mirate a migliorare l'integrazione ed il coordinamento di tutti i servizi implicati, al fine di aumentarne l'efficienza. Sarà opportuno che le responsabilità e le competenze in materia, attualmente ripartite fra i diversi servizi, vengano in futuro conglobate per consentire di utilizzare al meglio gli interventi, le risorse e le opportunità lavorative ed occupazionali disponibili.

La riorganizzazione della materia dovrà comprendere anche l'estensione delle offerte di consulenza e di assistenza per datori/datrici di lavoro e lavoratori/lavoratrici nella fase immediatamente successiva all'assunzione. Questa tipologia di offerta è molto importante in quanto nel primo periodo di lavoro, sia le imprese che le persone con disabilità devono poter contare su un affiancamento specialistico.

E.1.1. Ridefinire e riordinare i processi ed i servizi d'inserimento lavorativo, semplificare i sistemi di valutazione delle competenze individuali.

E.1.2. Ampliare le offerte di consulenza e di affiancamento per datori/datrici di lavoro e per lavoratori/lavoratrici nella fase successiva all'assunzione.

### **E.2. Ampliare le opportunità d'inserimento lavorativo per le persone con disabilità**

L'inserimento lavorativo presuppone, accanto a misure mirate e a servizi specializzati, la disponibilità o l'obbligo da parte di datori e datrici di lavoro ad offrire un posto di lavoro regolare a persone con disabilità. La realtà del mercato del lavoro, sia pubblico che privato, offre invece poche opportunità di impiego stabile, soprattutto a persone con scarso rendimento. Tale situazione è dovuta da un lato alla rigorosa regolamentazione del mercato del lavoro caratterizzata dai profili professionali predefiniti. Dall'altro, gli stessi servizi definiscono insufficienti per l'integrazione nel mercato del lavoro le competenze e conoscenze delle persone con disabilità. È pertanto necessario sviluppare ulteriormente la cultura dell'inclusione.

Un approccio migliorativo è dato dalla promozione del lavoro in rete fra i servizi, le famiglie ed il loro più immediato contesto sociale ("Unterstützerkreis"), dalla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, dall'aggiornamento di tutti gli operatori/le operatrici impegnati/e nel settore nonché dall'appoggio e dalla consulenza al nucleo familiare.

Un ulteriore modalità di promozione dell'inserimento lavorativo sarà il sostegno alle organizzazioni del Terzo settore operanti in materia, quali ad esempio le cooperative sociali del tipo B. Si intende in questo modo creare un ambito occupazionale intermedio che si colloca fra l'occupazione protetta presso strutture pubbliche e l'occupazione sul mercato del lavoro privato. Varie ragioni di ordine economico, logistico (le cooperative operano per lo più nelle aree urbane) e culturale hanno fatto sì che la cooperazione sociale si fosse finora sviluppata relativamente poco nella nostra provincia. Il ruolo delle cooperative sociali va rinforzato e potenziato ulteriormente, tenuto conto del recente passaggio dalla Regione alla Provincia autonoma delle competenze in materia di cooperazione. Gli strumenti di sostegno e di sviluppo saranno d'ora in poi disponibili con diretto riferimento al territorio provinciale e più facilmente adattabili alle specifiche esigenze locali.

Un altro approccio migliorativo potrà inoltre emergere dall'esame della possibilità di sviluppare specifiche tipologie di contratti di lavoro che consentano il cofinanziamento di un posto di lavoro da parte dell'impresa, dell'Ufficio di collocamento e dell'assistenza sociale.

E.2.1. Sostenere l'applicazione dell'*art. 5 della Legge 381/91* che prevede l'affidamento di incarichi a cooperative sociali operanti nel settore dell'inserimento lavorativo di persone con disabilità (delibera della G.P. di data 6 giugno 2006 n. 1986).

E.2.2. Mettere a punto forme contrattuali innovative.

E.2.3. Ampliare e sviluppare progetti a sostegno dell'inserimento lavorativo nel settore pubblico.

### **E.3 Ridefinizione dell'offerta di assistenza diurna presso i Servizi sociali**

I servizi sociali offrono alle persone con disabilità un'occupazione in laboratori protetti produttivi e riabilitativi nonché l'accompagnamento, l'assistenza e la cura nei centri per le attività socio-assistenziali diurne. In questi ultimi anni, i cambiamenti scaturiti dallo sviluppo degli interventi e dei servizi integrativi, il miglioramento e la maggiore durata dei percorsi formativi per giovani con disabilità, insieme alla crescente differenziazione delle esigenze degli/delle utenti in termini di prestazioni, di orari d'apertura e di metodologie operative delle strutture, impongono la ridefinizione e ristrutturazione dell'offerta di assistenza diurna. Alcune prestazioni che tengono conto dei cambiamenti intercorsi sono già state attivate (servizi di riabilitazione lavorativa, il prolungamento degli orari di apertura, le attività pomeridiane per bambini e giovani con autismo); occorre tuttavia definire un quadro di riferimento legislativo certo all'interno di un piano operativo globale.



Questa fase di ristrutturazione implicherà la revisione del modello dei laboratori protetti a vocazione produttiva operanti all'interno dei servizi sociali. Al riguardo si profila sia la promozione del trasferimento di posti di laboratorio in aziende (affidamento esterno di posti di laboratorio) che l'elaborazione di un quadro di riferimento legislativo per la trasformazione degli attuali laboratori produttivi all'interno dei servizi sociali in posti di lavoro veri e propri (cooperative sociali).

L'obiettivo è quello di integrare ancor meglio nel contesto territoriale le offerte dei servizi sociali, di renderle più flessibili ed aggiornate rispetto alle esigenze degli/delle utenti.

E.3.1. Ridefinire e sviluppare le offerte di assistenza diurna dei servizi sociali: definizione delle offerte, piani di sostegno, fabbisogno di assistenza delle diverse categorie target.

E.3.2. Sviluppare nuovi modelli di assistenza diurna a carattere non produttivo ed incentivare le offerte creative ed artistiche.

E.3.3. Promuovere il trasferimento di posti di laboratorio in aziende e verificare la possibilità di ristrutturare i laboratori esistenti presso le cooperative sociali.

## **4.2. La dimensione sociale e relazionale**

Nella promozione delle relazioni sociali rivestono un ruolo determinante i seguenti temi:

F. La partecipazione e l'inclusione;

G. La sensibilizzazione;

H. L'auto-aiuto.

### **F. La partecipazione e l'inclusione**

La Convenzione stabilisce che le persone con disabilità possano prendere parte a tutti gli ambiti della vita. Ogni persona deve essere rispettata e tutti devono avere le stesse opportunità. (art. 3) Le persone con disabilità devono avere le stesse opportunità nella vita come le persone senza disabilità. Spesso ci sono tuttavia ostacoli. È necessario che questi ostacoli vengano eliminati. (art. 9)

Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

La qualità di vita delle persone con disabilità si definisce sempre più attraverso il grado di partecipazione alla vita sociale. L'integrazione sociale è realizzata laddove nessuna persona si ritrova esclusa per le sue diverse caratteristiche e capacità personali, dalle sfere di vita e dalle attività considerate essenziali dalla maggior parte della popolazione. Per mettere in atto la piena partecipazione è necessario predisporre strumenti e risorse adeguate.

Fig. 21 I principali temi dell'integrazione sociale



## F.1 Elaborazione ed attuazione di un modello di sicurezza economica di base

Il rischio di povertà relativamente elevato per le persone con disabilità e per le loro famiglie rivela la presenza di lacune nel vigente sistema di sicurezza sociale.

Il quadro di riferimento deve essere quello delle reti sociali esistenti che vanno integrate con i progetti promossi a livello nazionale per una riforma delle prestazioni economiche a favore delle persone con invalidità civile. Criteri fondamentali di un futuro modello di sicurezza economica di base orientata sulle esigenze sono la trasparenza, l'orientamento sul fabbisogno, la responsabilizzazione dell'utenza, la compatibilità con altre forme di garanzia assistenziale e la semplificazione degli iter amministrativi <sup>(27)</sup>.

F.1.1. Analizzare tutti gli strumenti di "sicurezza economica di base" disponibili a livello statale, regionale e provinciale.

F.1.2. Mettere a punto ed implementare un modello di sicurezza economica di base adeguato alla realtà altoatesina e garantire un livello omogeneo di sicurezza economica di base.

## F.2 L'abbattimento delle barriere architettoniche, sociali e burocratiche

(...) Le persone con disabilità devono poter chiedere sostegni e aiuti ... I servizi e le istituzioni che esistono in un comune e che sono stati creati per tutti, devono essere disponibili anche per le persone con disabilità (art. 19). È importante che tutte le persone ricevano le informazioni utili. Per garantire questo, occorre seguire alcune regole. Ad esempio, i testi devono essere scritti in linguaggio semplice, perché tutti riescano a leggerli e a comprenderli senza problemi. Per le persone con problemi di vista, le informazioni devono essere date o in scrittura adatta per chi non vede oppure in versione audio. È importante che anche le informazioni date sul computer siano senza barriere, cioè siano date in forma comprensibile per tutti (art. 2).

Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

Fattori decisivi per l'obiettivo di facilitare una vita autodeterminata sono il grado di sensibilità, le conoscenze specifiche e la meticolosità nella pianificazione urbanistica, sia riguardo agli spazi abitativi privati che ai luoghi di vita pubblica. Recenti studi europei permettono di valutare con precisione l'impatto che una pianificazione urbanistica efficiente può avere sulla qualità di vita e sul grado di autonomia di molte persone. Progettisti/e e pubblici amministratori/trici dovranno cooperare nella messa a punto di progetti urbanistici basati su scelte attente alle esigenze in termini di libertà di movimento, al fine di desumerne le linee guida da diffondere.

L'istituzione di un centro provinciale integrato di consulenza e documentazione sull'abbattimento delle barriere architettoniche e di consulenza abitativa per anziani continuerà ad offrire stimoli alla diffusione dei saperi e delle soluzioni in tema di rimozione delle barriere architettoniche.

Al fine di promuovere l'abbattimento delle barriere architettoniche dovrà essere attribuito un ruolo di maggior rilievo alle associazioni e cooperative sociali, sostenendole nella loro opera di sensibilizzazione della società civile.

Uno degli ostacoli per i/le beneficiari/e di prestazioni assistenziali è costituito dal difficoltoso accesso ai servizi, dal linguaggio burocratico altamente specializzato e dalla mancanza di figure di riferimento qualificate presenti nel lungo periodo. Laddove l'approccio burocratico e la scarsa trasparenza nella ripartizione delle competenze creano problemi a tutti i cittadini/tutte le cittadine, l'ostacolo è ancor più grave per le persone con disabilità. È pertanto necessario rendere più accessibili i servizi in termini fisici, organizzativi e linguistici, verificando se l'integrazione dei diversi settori e procedure siano adeguatamente calibrate sul rispetto dell'individuo e delle sue esigenze.

In quest'ottica va incentivata la messa a punto di procedure e strumenti e la dotazione tecnologica dei servizi e delle strutture, mettendoli in grado di garantire informazioni sempre più capillari, complete e nel contempo vicine alle abitudini, al fabbisogno ed alle capacità delle persone interessate. Il personale andrà preparato a saper cogliere esigenze ed aspettative delle persone con disabilità.

F.2.1. Definire specifiche direttive provinciali per una progettazione urbanistica che riduca gli ostacoli all'autonomia ed alla libertà di movimento; sensibilizzare i Comuni e le Commissioni urbanistiche preposte alla valutazione dei progetti.

F.2.2. Semplificare le procedure ed agevolare l'accesso a prestazioni, servizi ed informazioni.

F.2.3. Mettere a punto e diffondere modelli di stesura di testi e modulistica in un linguaggio semplice e comprensibile.

F.2.4. Verificare i criteri per la concessione di contributi ad organizzazioni e cooperative sociali in funzione della partecipazione, dell'inclusione e dell'autodeterminazione delle persone con disabilità.

F.2.5. Preparare gli/le operatori/trici e i/le dirigenti a saper cogliere esigenze ed aspettative delle persone con disabilità.

## **G. La sensibilizzazione**

È importante far sapere a tutte le persone con disabilità quali sono i loro diritti e le loro libertà di scelta. Nessuno può discriminare o trattar male una persona con disabilità, indipendentemente dal suo sesso e dalla sua età (...). Purtroppo ci sono persone che

trattano male le persone con disabilità oppure credono che queste valgano meno che le persone senza disabilità. Spesso questo succede perché non conoscono nessuna persona con disabilità. Per questo motivo, tutti i Paesi devono fare in modo che tutti si accorgano delle capacità delle persone con disabilità. (...) È importante che anche nei media vediamo le persone con disabilità come realmente sono. (art. 8)

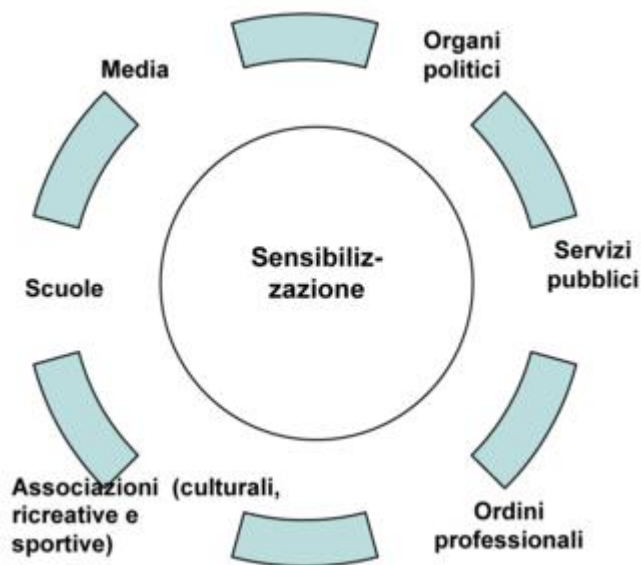
Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

## La sensibilizzazione

Il Piano di settore definisce la condizione di disabilità quale conseguenza di reazioni sociali negative. Assume pertanto un ruolo centrale la sensibilizzazione dell'opinione pubblica, insieme alla garanzia di diritti specifici. Sensibilizzando la popolazione nel suo insieme, si possono contenere le diffuse pratiche di esclusione e discriminatorie spesso messe in atto involontariamente. Nel contempo, la sensibilizzazione di persone investite di responsabilità particolari (nell'impiego pubblico, a livello politico e di media, i/le dirigenti di associazioni sportive, culturali e sociali, i/le responsabili in materia urbanistica), potrà contribuire ad un maggiore rispetto di fronte alle esigenze ed ai diritti delle persone con disabilità nella vita pubblica e a livello di comunicazione.

Si mira inoltre a rafforzare e a diffondere nella società civile la consapevolezza della necessità non solo di adeguati servizi specializzati preposti al benessere delle persone con disabilità, ma anche della presenza parallela di una rete di relazioni informali e sociali al di là del contesto familiare e che promuova la qualità di vita delle persone con disabilità

Fig. 22 Principali temi della sensibilizzazione



G.1. Mettere in atto iniziative tese a sensibilizzare la stampa e i media (radio, tv ecc.), al fine di promuovere la normalizzazione del dibattito su temi inerenti alla disabilità e di sostenere ottiche capaci di mettere in evidenza le potenzialità delle persone con disabilità.

G.2. Avviare iniziative di sensibilizzazione su diversi livelli, in cooperazione con gli attori sociali di maggior rilievo.

G.3. Adottare misure atte ad incoraggiare la responsabilizzazione e la sensibilità della società civile in materia di inclusione.

## H. L'auto-aiuto

Il valore dell'auto aiuto sta nelle esperienze e nelle conoscenze trasmesse dalle persone direttamente interessate o loro familiari che si trovano a dover fronteggiare le sfide della disabilità. L'auto aiuto può essere la chiave per lo sviluppo di strategie di superamento dei problemi e di consolidamento della propria identità. Si tratta di risorse che solo chi condivide il quotidiano della persona con disabilità riesce ad attivare. Lo scambio di esperienze dirette, le strategie di fronteggiamento ed organizzative e la conoscenza diretta di altre situazioni analoghe sono fonte di momenti qualificanti molto preziosi. L'auto-aiuto sta quindi guadagnando in importanza.

Fig. 23 I principali temi dell'auto-aiuto



H.1. Incentivare l'auto-aiuto perché possa diventare una modalità di affiancamento diffuso sul territorio ed incentrato sui fabbisogni

### 4.3 La dimensione dei servizi

Le tematiche di maggior peso in tema di servizi si possono raggruppare come segue:

I. La qualità delle prestazioni

J. La gestione del sistema.

#### I. La qualità prestazioni

Le autorità dovranno anche garantire che i beni ed i servizi siano fatti in maniera che il maggior numero possibile di persone possa utilizzarli. Occorre facilitare ed aiutare chi produce nuovi ausili per le persone con disabilità (art. 4). I sostegni devono essere fatti in maniera che siano particolarmente utili per ogni singola persona con disabilità. Chi ha bisogno di sostegni, deve riceverli facilmente dappertutto, anche abitando fuori città.

Inoltre è importante una buona formazione per persone che lavorano con le persone con disabilità. (art. 26)

Dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 2006, versione in linguaggio semplice

Un importante aspetto per la gestione della vita quotidiana delle persone con disabilità e dei loro familiari è quello della qualità delle prestazioni erogate da gestori pubblici e privati. Essa deve orientarsi su obiettivi e criteri precisi e trasparenti tenendo conto della soddisfazione e della valutazione individuale da parte degli/delle utenti.

Al fine di rispondere alle aspettative in termini di qualità delle prestazioni, sarà necessario migliorare la formazione del personale e le procedure operative ed instaurare un rapporto di partenariato fra il personale ed i/le clienti. Inoltre, necessitano nuove modalità di valutazione periodica delle prestazioni erogate, fondata su opportuni criteri.

Fig. 24 I principali temi della qualità delle prestazioni



### I.1. Il miglioramento della collaborazione tra i servizi

Quanto alla collaborazione dei vari servizi pubblici e privati, di carattere domiciliare e residenziale ed operanti nei vari ambiti (sanità e politiche sociali, scuola e lavoro), in provincia di Bolzano si riscontrano notevoli divari in termini di livello qualitativo. Molto spesso la collaborazione è basata su contatti personali e quindi maggiormente soggetta al rischio di discontinuità, a seconda della frequenza dei cambi di personale. Va pertanto incrementato su tutti i livelli di intervento l'attuale grado di integrazione fra i servizi, ma anche degli stessi servizi nel contesto locale e del rimanente tessuto istituzionale.

Il lavoro di rete può svolgersi in diverse forme e modalità applicative, deve tuttavia essere indirizzato innanzitutto all'individuazione e all'attivazione di risorse di aiuto informali per il sostegno ai progetti di vita. È importante implementare e diffondere le relative modalità di lavoro.

I.1.1. Introdurre sistematicamente strumenti e metodi per la collaborazione tra i vari servizi territoriali e specialistici e le organizzazioni e cooperative sociali private (p. es. *case management*).

I.1.2. Promuovere e/o sviluppare ulteriormente accordi in merito ai progetti integrati tra i servizi sociali, sanitari, della formazione e del lavoro.

I.1.3. Promuovere misure di formazione ed aggiornamento per i collaboratori/le collaboratrici dei servizi nella prospettiva del lavoro di rete.

I.1.4. Promuovere lo scambio sistematico di informazioni ed esperienze dei servizi ("*best practices*", giornate delle porte aperte).

I.1.5. Sviluppare forme di collaborazione tra le strutture ed i centri sanitari specialistici locali ed esteri da un lato e le istituzioni ed i servizi locali per la garanzia di un'assistenza ottimale ed adeguata ai bisogni dall'altro.

## **I.2. Sviluppo e consolidamento di un approccio di assistenza olistico**

Nella programmazione degli interventi, gli operatori/le operatrici dei servizi si orientano in primo luogo sulla persona, sulle sue esigenze e richieste, trascurando in alcuni casi l'opportuno coinvolgimento del sistema familiare e sociale.

Il Piano di settore vuole rafforzare l'intero contesto relazionale di una persona, attivando e coordinando, accanto agli interventi specialistici anche le risorse informali.

I.2.1. Promuovere metodi e sviluppare strumenti per il potenziamento di un approccio olistico e sistemico, anche con offerte specifiche di aggiornamento.

I.2.2. Promuovere il *case management* all'interno dei reparti e delle strutture ospedaliere per garantire una cura calibrata sui bisogni di persone con disabilità.

## **I.3. Garantire un maggior grado di continuità nell'educazione ed assistenza**

La continuità nell'educazione e nell'assistenza è vissuta dalle persone con disabilità e dai loro familiari come essenziale fattore di qualità. È pertanto necessario garantire un crescente grado di continuità dell'educazione e dell'assistenza calibrata sui bisogni individuali. A tal fine potranno essere utili sia gli opportuni cambiamenti a livello organizzativo e giuridico all'interno dei servizi (p. es. con piani operativi per i/le collaboratori/trici), che la presenza di persone di riferimento ben definite per i/le singoli/e utenti del relativo servizio. Discontinuità nell'educazione e nell'assistenza emergono soprattutto nei momenti di passaggio da una fase di vita all'altra (p. es. scuola-lavoro), con il conseguente cambio dei servizi competenti. È quindi necessario dedicare maggiore attenzione e cura alla programmazione di tali passaggi, organizzando un flusso d'informazione efficiente tra i/le collaboratori/collaboratrici dei servizi coinvolti.

I.3.1. Promuovere la sensibilizzazione e sviluppare misure a garanzia della continuità dell'educazione e dell'assistenza all'interno dei servizi sociali.

I.3.2. Promuovere la continuità dell'educazione e dell'assistenza, a sostegno della realizzazione di progetti di vita individuali nelle varie fasi di vita, migliorando il flusso d'informazione e la cooperazione a livello di servizi e di operatori/operatrici.

## **I.4. Migliorare le informazioni sui servizi e sulle prestazioni rivolti alle persone con disabilità**

Non tutti i servizi offrono alle persone con disabilità ed ai loro congiunti informazioni complete, comprensibili e trasparenti in merito alle tipologie e modalità delle prestazioni erogate ed ai diritti e doveri connessi all'utilizzo di servizi e misure. Il Piano si pone l'obiettivo di implementare strumenti per la descrizione delle prestazioni e delle istituzioni, al fine di creare un rapporto equo tra chi eroga le prestazioni e chi ne usufruisce, rafforzando nel contempo il senso di responsabilità reciproca riguardo a diritti e doveri.

Si intende inoltre potenziare il coinvolgimento attivo dell'utenza nella valutazione e descrizione dei servizi interpretata quale strumento essenziale. Informazioni complete, consone ai bisogni ed alle aspettative delle persone direttamente interessate rappresentano la base di partenza per decisioni autonome e coscienti.

I.4.1 Introdurre carte di servizio quale strumento di lavoro interno e di orientamento per persone con disabilità ed i loro congiunti.

I.4.2. Introdurre strumenti per la rilevazione della qualità che prevedano il coinvolgimento attivo degli/delle utenti dei servizi e delle strutture.

I.4.3. Migliorare l'accesso ad un'offerta di informazione coordinata e completa delle organizzazioni sociali e dei servizi pubblici e privati.

## **J. La gestione del sistema**

### **J.1. Incontri periodici di coordinamento fra uffici e dipartimenti per la messa a punto di misure d'intervento nel settore disabilità**

Le misure d'intervento a favore delle persone con disabilità riguardano tutta una serie di comparti e sfere di competenza di tutti i dipartimenti della Provincia. Negli ultimi anni, sono stati compiuti importanti passi verso il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità. Manca tuttavia ad oggi una concezione condivisa riguardo all'implementazione ed anche il coordinamento di uno sviluppo organico degli interventi risulta carente sotto diversi aspetti. Al fine di armonizzare meglio i programmi di intervento specifici dei singoli comparti, aumentando nel contempo il grado di efficienza in generale, sarà pertanto opportuno prevedere degli incontri periodici a livello provinciale.

J.1.1. Prevedere un incontro annuale di coordinamento a livello interdipartimentale dedicato agli interventi a favore del settore disabilità.

J.1.2. Prevedere tavole rotonde a scadenza semestrale fra le ripartizioni Famiglia e Politiche sociali e Sanità.

J.1.3. Rafforzare l'attività di coordinamento su diverse tematiche cruciali fra gli attori pubblici e privati implicati (ad. es. sull'amministrazione di sostegno).

### **J.2. Organizzare incontri sul grado di sviluppo dei servizi e delle misure per le persone con disabilità**

Il coordinamento delle misure e la diffusione di iniziative e conoscenze innovative sono fattori decisivi per promuovere l'integrazione dei programmi d'intervento ed aumentarne il grado di



efficienza e di efficacia. Al fine di migliorare il coordinamento favorendo un percorso di apprendimento e la diffusione del *know-how*, occorre che i/le responsabili delle misure si impegnino in maniera mirata. L'obiettivo è quello di promuovere lo sviluppo coordinato di misure e programmi d'intervento attraverso lo scambio di conoscenze ed esperienze che veda coinvolte anche persone direttamente interessate. Tra l'altro, quale strumento con cui instaurare una piattaforma permanente di confronto fra le persone con disabilità ed altri esperti in materia, locali ed esterni, è prevista l'organizzazione di convegni specifici.

È quindi opportuno che gli attori/le attrici implicati/e nell'attuazione delle diverse misure e dei programmi d'intervento abbiano modo, attraverso convegni e seminari periodici, di scambiare le proprie esperienze a livello provinciale e di confrontarsi con esperti provenienti da altri paesi europei ed extraeuropei, acquisendo conoscenze che potranno contribuire a qualificare le strategie finora seguite. Inoltre, laboratori tematici potranno fornire preziosi spunti per scambi di idee e studi inerenti all'implementazione di nuovi modelli.

J.2.1. Organizzare conferenze e seminari periodici sull'evoluzione di servizi ed interventi.

J.2.2. Elaborare, predisporre e diffondere le "buone pratiche" maturate all'interno dei servizi socio-sanitari.

### **J.3. Favorire il coinvolgimento attivo delle persone con disabilità e delle associazioni che le rappresentano nonché del privato sociale nella pianificazione e valutazione delle misure d'intervento e dei servizi a livello territoriale e provinciale**

Il coinvolgimento attivo delle persone con disabilità nella definizione degli interventi e dei servizi è ormai considerato fattore strategico a sostegno dell'efficienza dei servizi in tutta Europa. Anche in provincia di Bolzano, le persone con disabilità e i loro congiunti, come pure i servizi operanti nel settore, hanno sviluppato negli ultimi anni una nuova sensibilità rispetto al coinvolgimento attivo delle persone direttamente interessate. È importante sostenere la diffusione di questa prassi e coinvolgere sistematicamente le persone con disabilità, sia nella fase di progettazione sia in quella di valutazione.

In passato, le associazioni e cooperative sociali hanno rivestito un ruolo di assoluto rilievo nella creazione dei servizi per le persone con disabilità. Numerosi servizi e progetti innovativi sono nati per loro iniziativa. L'ente pubblico supporta un modello che attribuisce un ruolo attivo al sociale privato, chiamato a presentare proposte per progetti e linee d'intervento. Il modello di predisposizione del Piano sociale provinciale che prevedeva un iter di consultazione trasparente e condivisa con i partner sociali ed i rappresentanti del terzo settore, sia in fase di stesura del Piano che nell'individuazione e definizione delle linee d'intervento, rappresenta un esempio concreto di modernizzazione dei processi di realizzazione delle politiche sociali della Provincia.

Al fine di incentivare da un lato lo sviluppo di modelli di progettazione più rigorosamente coordinati e più trasparenti, favorendo dall'altro lo scambio di esperienze e la realizzazione di progetti condivisi, è importante introdurre strumenti e procedure che consentano di consultare e di coinvolgere tutte le parti interessate, permettendo di condividere le fasi progettuali e di rappresentare gli interessi delle persone con disabilità.

J.3.1. Incrementare il coinvolgimento attivo delle persone direttamente interessate e delle loro associazioni rappresentative nella progettazione e valutazione dei servizi e degli interventi.

J.3.2. Introdurre strumenti di sostegno a percorsi di progettazione partecipata dedicata allo sviluppo qualitativo dei servizi esistenti ed alla creazione di servizi territoriali innovativi.

#### **J.4. Lo sviluppo di un sistema di rilevamento delle condizioni di vita di persone con disabilità e creazione di una banca dati**

Una delle più grandi sfide da affrontare nella progettazione ed attuazione di misure d'intervento efficienti ed efficaci è il compito di acquisire dati attendibili e sistematicamente rilevati sull'incidenza delle varie tipologie di disabilità, sulle condizioni di vita e sulle esigenze delle persone con disabilità, che si prestino agli opportuni confronti.

Dal momento che nel corso degli ultimi anni il sistema informativo inerente alle prestazioni erogate dai Servizi sociali ha visto miglioramenti sostanziali fino a raggiungere un grado di specializzazione soddisfacente, ora si prevede di creare una banca dati costantemente aggiornata che raccolga tutte le informazioni relative ad attori/attrici e strutture (sanità, formazione, lavoro, edilizia abitativa, mobilità ...) e che garantisca la certezza progettuale e l'incremento del grado di efficienza.

Al fine di ottenere un quadro omogeneo ed organico della situazione, occorre proseguire nell'impegno per l'introduzione di criteri di classificazione unitari e riconosciuti a livello internazionale (ICF). Solo un sistema informativo unitario e dinamico permetterà una programmazione adeguata e, parallelamente, la creazione di una banca dati che consentirà di osservare e valutare gli ulteriori sviluppi.

J.4.1. Sviluppare un sistema di rilevamento delle condizioni di vita delle persone con disabilità, in collaborazione con l'ASTAT, con istituti di ricerca ed associazioni.

J.4.2. Adottare i criteri di classificazione internazionali ICF in tutti i Servizi del sistema socio-sanitario.

J.4.3. Sviluppare un flusso informativo sistematico per la reportistica sociale annua a livello interdipartimentale.

#### **J.5. Il monitoraggio e la valutazione delle misure e dei programmi d'intervento nel settore disabilità**

Nella nostra provincia, alle persone con disabilità è dedicata una vasta gamma di offerte e misure di sostegno. Ciò non significa tuttavia che l'efficienza e l'efficacia delle misure d'intervento non siano suscettibili di miglioramento e che i programmi non debbano essere adeguati all'evoluzione del fenomeno. Occorre introdurre e sviluppare opportune procedure di valutazione periodica degli interventi (in particolare dei servizi a carattere sperimentale ed innovativo). Infatti, l'evaluazione dà modo ad un percorso di apprendimento condiviso, migliorando sensibilmente il grado di integrazione e di coordinamento, specie nei casi in cui risultino implicati più strutture o attori/attrici.

J.5.1. Introdurre indicatori di risultato, di processo e di rendimento, al fine di sviluppare programmi d'intervento per prestazioni e misure dei Servizi sociali e dei gestori di strutture sociali private (in particolare riguardo a progetti a carattere sperimentale ed innovativo).

J.5.2. Promuovere ed introdurre modalità e modelli di valutazione che prevedano il coinvolgimento attivo delle persone con disabilità e dei loro familiari.

J.5.3. Monitorare e valutare le misure ed i programmi d'intervento europei ed internazionali riferiti al settore disabilità.

## 5. Finanziamento

I servizi e gli interventi sociali per le persone con disabilità sono finanziati in Alto Adige quasi interamente dalla mano pubblica e per la maggior parte sono anche gestiti da enti pubblici.

L'attuale situazione economica che vede il contrarsi dei bilanci provinciali e le recenti manovre statali per controbattere la crisi economica (pacchetto di stabilità, tagli alle autonomie locali) rappresentano un grande sfida nel mantenimento delle attuali risorse finanziarie nell'area sociale. Un'ulteriore crescita dei mezzi finanziari nei bilanci pubblici non è prevedibile.

Lo sviluppo degli interventi si trova dunque davanti ad una grande prova, perché la generosità dei bilanci degli ultimi 30 anni nella costruzione capillare di servizi per le persone disabili in tutto il territorio provinciale non è più possibile. L'affermazione da parte dei professionisti dell'utilità delle misure o la dichiarazione del bisogno da parte degli interessati, non basteranno in futuro a realizzare nuovi interventi, ma sarà necessaria una grande disponibilità di tutti gli attori e le attrici della nostra comunità nella ricerca di nuovi modelli di finanziamento che sostengano la partecipazione, anche dal punto di vista finanziario, dell'iniziativa privata senza però far venire meno l'impegno della mano pubblica.

Quattro le grandi aree di intervento:

I. Sicurezza economica sociale;

II. Integrazione lavorativa;

III. Servizi sociali;

IV. Tempo libero, mobilità ed abbattimento delle barriere architettoniche.

### I. Sicurezza economica sociale

La sicurezza economica sociale è garantita alle persone con disabilità che non hanno la possibilità di assicurarsi un reddito dall'attività lavorativa, attraverso una serie di prestazioni economiche. Persone con un'invalidità civile, cecità civile o sordità accertata, ricevono una pensione e specifiche indennità se non superano una determinata soglia di reddito annuale.

#### I.1.1. Costi delle prestazioni economiche dell'invalidità civile

Tab. 1) Sviluppo degli ultimi 5 anni

<b>Prestazioni economiche</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<i>Invalidi civili: pensione</i>	16.229.575 euro	16.714.518 euro	19.404.277 euro	24.005.749 euro	23.190.656 euro
<i>Invalidi civili: Ind. accompagnam. Prestazioni</i>	48.719.346 euro	52.136.111 euro	41.537.463 euro	8.090.554 euro	5.872.203 euro
	5.552.351	5.829.969	6.271.673	6.952.174	7.221.395

<i>ciechi civili</i>	euro	euro	euro	euro	euro
<i>Prestazioni sordi</i>	1.649.646	1.664.223	1.795.924	1.977.184	1.966.006
	euro	euro	euro	euro	euro

La considerevole diminuzione della prestazione d'indennità di accompagnamento nel 2009 è da attribuire all'introduzione dell'assegno di cura di cui alla legge 12 ottobre 2007, n. 9 "*Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti*". Nell'assegno di cura, infatti è inclusa anche l'indennità di accompagnamento che dunque non viene più erogata come prestazione economica dell'invalidità civile.

Poiché il numero delle persone con un'invalidità civile tra 0-65 anni aumenterà in misura limitata e il numero dei/le beneficiari/ie si consoliderà cambiando soprattutto in rapporto al numero della popolazione totale, si può desumere che l'andamento futuro della spesa continuerà a basarsi sugli odierni meccanismi di adattamento degli importi al tasso d'inflazione ISTAT.

Tab. 2) Finanziamento 2011-2015:

<b>Prestazioni economiche</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<i>Invalidi civili: pensione</i>	22.129.679	22.682.92	23.249.994	23.831.244	24.427.025
	euro	euro	euro	euro	euro
<i>Invalidi civili: Ind. accompagnam.</i>	6.585.895	6.750.543	6.919.306	7.092.289	7.269.596
	euro	euro	euro	euro	euro
<i>Prestazioni ciechi civili</i>	7.405.453	7.590.589	7.780.35	7.974.863	8.174.234
	euro	euro	euro 4 euro	euro	euro
<i>Prestazioni sordi</i>	1.946.393	1.995.052	2.044.929	2.096.052	2.148.453
	euro	euro	euro	euro	euro

### Obiettivo:

L'obiettivo consiste nell'introduzione di un sistema di sicurezza sociale che metta insieme le diverse prestazioni di sostegno economico (prestazioni economiche dell'invalidità, cecità e sordità civile, assegno piccole spese, premi sussidio dei progetti di integrazione lavorativa, reddito minimo di inserimento, ...).

### Costi

Il finanziamento aggiuntivo deve essere coperto dal bilancio provinciale. Alcune prestazioni si basano su normativa statale e sono dunque sottoposte a disposizioni che riguardano tutto il territorio nazionale, ma ci sono margini per l'introduzione delle misure a livello provinciale. Il ricongiungimento delle prestazioni deve essere disposto in modo da semplificare le procedure sia per i/le beneficiari/e che per gli uffici erogatori.

## **II. Integrazione lavorativa**

Lo stato italiano, attraverso l'approvazione della *legge 12 marzo 1999, n. 68*, ha enunciato il diritto al lavoro quale elemento centrale della politica volta all'inclusione di tutti/e i/le cittadini/e. I centri di mediazione al lavoro e i servizi sociali attuano in Alto Adige una serie di interventi in questo campo.

Si parte da una situazione che vede il mantenimento dei progetti di posti di laboratorio in azienda, delle convenzioni di affidamento e l'assegnazione di ordini lavoro da parte di aziende pubbliche e private ai laboratori protetti.

La promozione delle cooperative sociali è considerata un punto centrale a livello della politica provinciale. L'accordo con il settore economico presuppone un sistema di finanziamento comune, che si sviluppa soprattutto attraverso la concessione di incarichi di lavoro al mondo cooperativo.

## II.1. Costi inserimento lavorativo: sviluppo negli ultimi 5 anni

Tab. 3) Inserimento lavorativo ai sensi della *Legge 68/1999*

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Persone inserite	1.703	1.747	1.665	1.789	1.809
Contributi concessi Rip. 19 ( <i>LP 20/83 e L 68/99</i> )	1.329.676 euro per 400 assunzioni	1.329.676 euro per 414 assunzioni	1.391.741 euro per 459 assunzioni	1.878.121 euro per 475 assunzioni	1.727.182 euro per 495 assunzioni

Tab. 4) Progetto "Plus + 35":

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Posti a disposizione	35	35	35	45	55
Persone inserite	13	22	36	51	71
Contributo concesso Rip. 24	52.679 euro	109.483 euro	184.994 euro	269.563 euro	377.208 euro

Tab. 5) Convenzioni di affidamento

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Persone inserite	357	352	376	379	386
Premi sussidio erogati Rip. 19	1.095.000 euro	1.095.000 euro	1.116.000 euro	1.137.000 euro	1.139.500 euro

Tab. 6) Cooperative sociali del tipo B

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
N. cooperative sociali (*)	21	24	24	25	29
Persone inserite (**)	183	209	213	230	248
Contributi concessi Rip.	2.399.882 euro	2.554.988 euro	2.834.801 euro	2.714.700 euro	2.717.310 euro

(\*) Numero delle cooperative sociali, che ricevono contributi dalla Rip. 24.

(\*\*) Persone con vari disagi o disabilità (disabilità psichica, cognitiva, fisica, sensoriale e altri disagi sociali).

## II.2. Costi inserimento lavorativo: finanziamento nel periodo 2011-2015

### a) Inserimento lavorativo ai sensi della legge 68/1999

Per lo sviluppo dell'inserimento lavorativo nelle aziende pubblico e private è necessario principalmente un aumento delle risorse dedicate ai premi per i datori di lavoro (Rip. 19). A causa della mancanza dei mezzi finanziari, negli ultimi anni non sono stati erogati ai datori di lavoro gli importi dei premi previsti dalla delibera della Giunta. Essi hanno ricevuto ca. 21-23% in meno rispetto all'importo loro spettante: in primo luogo, dunque deve essere aumentato il budget di tale fondo (minimo del 23%).

### b) Progetto "Plus +35"

Un incremento dell'inserimento lavorativo nel settore pubblico è auspicabile attraverso un innalzamento del contingente previsto nel progetto "Plus +35" nella misura annuale di 10 posti a tempo pieno.

Tab. 7: Finanziamento Progetto Plus +35: 2011-2015

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Posti a disposizione	55	65	75	85	95
Persone inserite	80	95	110	125	140
Contributo concesso Rip. 24	480.000 euro	600.000 euro	700.000 euro	800.000 euro	900.000 euro

NB: Al fine di contenere la spesa del progetto "Plus +35", è ipotizzabile effettuare una modifica dei criteri per l'erogazione dei contributi: riducendo la percentuale di contributo per le assunzioni volontarie (extra quota d'obbligo ex L. 68/1999) da 60% a 50% oppure 40%, i relativi risparmi ammonteranno ad una cifra minima di 40.000 euro annui.

### c) Convenzioni di affidamento

Il Fondo per il pagamento dei premi sussidio probabilmente aumenterà nei prossimi anni solo in modo limitato.

Tab. 8) Finanziamento convenzioni affidamento 2011-2015

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Persone occupate	390	400	404	408	413
Importo premi sussidio Rip.	1.150.895 euro	1.185.422 euro	1.197.276 euro	1.209.249 euro	1.221.341 euro
	(+1%)	(+3%)	(+1%)	(+1%)	(+1%)

d) Cooperative sociali di tipo B

Il nuovo concetto dell'inserimento lavorativo prevede in primo luogo in forte impulso delle cooperative sociali di tipo B.

L'obiettivo è quello di inserire annualmente nelle cooperative, ulteriori 50 persone. Ciò determina un maggior fabbisogno di risorse finanziarie pari a 500.000 euro l'anno.

**III. Servizi sociali per persone con disabilità**

Il piano sociale provinciale 2007-2009 stabilisce gli obiettivi di sviluppo dell'offerta dei servizi sociali.

**III.1. Servizi semiresidenziali**

Ad oggi sono disponibili in Alto Adige 929 posti semiresidenziali.

Tab. 9) Sviluppo degli ultimi 5 anni

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
N. Posti	850	882	902	929	929
Costi	21.670.612	23.025.500	21.979.405	22.345.927	21.783.795
	euro	euro	euro	euro	euro

Con riferimento ai servizi semiresidenziali, il Piano sociale 2007-2009 indica quale obiettivo per l'anno 2015, l'offerta di 980 posti, il che corrisponde ad un aumento dell'offerta pari a 51 posti.

Tale fabbisogno è confermato dall'incremento delle domande d'ammissione presso i servizi.

Il costo per la creazione di 51 posti semiresidenziali ammontano a ca. 1.200.000 euro. Ciò corrisponde ad un fabbisogno finanziario annuale pari a circa 240.000 euro per i prossimi 5 anni.

Tuttavia, a breve, non è previsto un aumento del budget complessivo nel settore della disabilità, per cui si mira a trasferimenti di fondi e allo sviluppo di nuove strategie quali:

- Aumento dei fondi per misure a favore dell'inserimento lavorativo:
  - ampliamento del progetto "Plus +35";
  - promozione del trasferimento di posti di laboratorio presso aziende;
  - promozione delle cooperative sociali: incremento degli incarichi da parte dell'amministrazione pubblica e delle aziende private.
- maggiore rivalsa sull'assegno di cura;
- graduale trasferimento di fondi attualmente destinati alla concessione di contributi per investimenti a favore delle associazioni;

- riduzione dei parametri del personale;
- aumento della tariffa nel caso di orari di frequenza prolungati.

Impatto:

In seguito alla promozione dell'inserimento lavorativo, il fabbisogno di posti di laboratorio sarà meno alto di quanto originariamente previsto per l'anno 2015: al posto di 51 posti aggiuntivi si prevede un fabbisogno di 40 nuovi posti di laboratorio e il maggior fabbisogno (i cui costi ammontano a ca. 940.000 euro) sarà finanziato attraverso la manovra sopra descritta.

### **III.2. Servizi residenziali**

Nell'ambito dei servizi residenziali l'obiettivo per il 2015 è di avere a disposizione 550 posti: ad oggi in Alto Adige ne sono disponibili 457.

Nel numero dei posti è compreso l'Istituto di Cornaiano Casa del Gesù, che sta trasformando 90 posti dedicati all'accoglienza di persone con disabilità provenienti da tutta la Provincia, in residenza per persone anziane. Tale trasformazione è suddivisa in 5 anni e si concluderà nel 2012. Di conseguenza i posti per persone con disabilità sono in fase di diminuzione e rispetto all'obiettivo di 550 posti del piano sociale ne mancano 142.

La trasformazione dei suddetti 90 posti presso la Casa del Gesù sarà compensata attraverso l'ammissione di persone con disabilità anziane presso le case di riposo, nell'arco dei prossimi 10 anni.

#### Tb. 10) Sviluppo degli ultimi 5 anni

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
N. Posti	428	447	455	475	457
Costi	17.457.740	17.532.700	16.960.792	16.027.355	15.823.446
	euro	euro	euro	euro	euro

In questo settore dunque devono essere trovate maggiori risorse e nuove strategie nei prossimi anni per rispondere al maggiore fabbisogno, dovuto all'invecchiamento sia dei genitori che delle stesse persone con disabilità.

Poiché a breve non è previsto un aumento del budget complessivo nel settore della disabilità, anche nel settore dei servizi residenziali si mira a trasferimenti di fondi e allo sviluppo di nuove strategie quali:

- investimento in servizi domiciliari come l'assistenza domiciliare e l'accompagnamento sociopedagogico abitativo, progetti per la vita indipendente e la partecipazione sociale;
- aumento della tariffa a carico degli/delle utenti ultrasessantenni e riserva di posti a favore di persone con disabilità ultrasessantenni presso le strutture residenziali per anziani;
- graduale trasferimento di fondi attualmente destinati alla concessione di contributi per investimenti a favore delle associazioni;
- riduzione del recupero psicofisico.



Tab. 11) Finanziamento 2011-2015 (+20 posti di 82 previsti per il raggiungimento dell'obiettivo del piano sociale)

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
N. Posti	377	382	387	392	397
Risorse	ca. 140.000	ca. 140.000	ca. 140.000	ca. 140.000	ca. 140.000
	euro	euro	euro	euro	euro

(\* senza posti presso la Casa del Gesù)

#### Impatto:

Attraverso i nuovi progetti abitativi, si ridurrà il fabbisogno di posti residenziali (-60).

Il restante fabbisogno pari a 20 posti (relativi costi: ca. 700.000 euro) sarà finanziato attraverso i suddetti trasferimenti di fondi e misure di razionalizzazione.

### **IV. Mobilità, tempo libero ed abbattimento delle barriere architettoniche**

#### **IV.1. Abbattimento delle barriere architettoniche**

L'accessibilità degli edifici e dei servizi e degli ambienti pubblici è sostenuta finanziariamente a molti livelli della società ed è realizzata più ampiamente attraverso l'acquisto di nuovi mezzi di trasporto (bus, ferrovia, funivia), attraverso la costruzione o la ristrutturazione di edifici pubblici e la riorganizzazione di spazi pubblici.

#### Obiettivo:

Ampliamento dell'accessibilità degli edifici pubblici e delle costruzioni private nonché degli ambienti pubblici e delle offerte di mobilità pubblica.

Per quanto riguarda i Comuni, finora 55 hanno presentato i loro piani di adattamento.

17 Comuni hanno incaricato la Fondazione Vital con la stesura di piani di adattamento, e 18 Comuni si sono dichiarati interessati ad un eventuale incarico. La conclusione dei lavori relativi alla stesura dei piani di adattamento è prevista per fine giugno 2012.

#### **IV.2. Mobilità**

I costi per l'acquisto di mezzi di trasporto accessibili senza barriere non rientrano tra i costi aggiuntivi. Nell'ambito del rinnovamento del parco macchine relativo a bus e a vagoni ferroviari è possibile che l'adeguamento alle vigenti disposizioni avvenga nei prossimi 10 anni senza bisogno di ulteriori finanziamenti.

Per il trasporto di persone con disabilità (servizio di trasporto ed accompagnamento ai servizi e alle scuole, rimborso di spese di trasporto) sono state utilizzate negli ultimi due anni le seguenti risorse finanziarie:

Tab. 12) Costo del servizio di trasporto

	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Trasporti ai servizi sociali	2.847.220,11	2.996.653,30

Trasporti alle scuole	4.091.249,00	4.123.466,43
<b>Totale</b>	<b>6.938.469,11</b>	<b>7.120.119,73</b>

Obiettivo:

Non sono previsti aumenti di risorse nel settore dei trasporti.

Si intende introdurre meccanismi di razionalizzazione, quali:

- promozione dell'utilizzo di mezzi di trasporto pubblici;
- promozione del trasporto privato effettuato da parte dei familiari, con la verifica dell'opportunità dell'introduzione di "voucher" per tutti al posto del rimborso *art. 24 del D.P.G.P. 30/2000* a seconda del reddito DURP;
- miglior coordinamento del servizio.

Tab. 13) Finanziamento del servizio di trasporto (2011-2015)

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Trasporto ai servizi sociali	3.056.586 euro	ca. 3 mio. euro	ca. 3 mio. euro	ca. 3 mio. euro	ca. 3 mio. euro
Trasporto alle scuole	4.205.935 euro	ca. 4 mio. euro	ca. 4 mio. euro	ca. 4 mio. euro	ca. 4 mio. euro
<b>Totale</b>	<b>7.262.522 euro</b>	<b>ca. 7 mio. euro</b>	<b>ca. 7 mio. euro</b>	<b>ca. 7 mio. euro</b>	<b>ca. 7 mio. euro</b>

**IV.3. Tempo libero, integrazione sociale e contributi alle associazioni**

La *legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13* disciplina la promozione e il sostegno delle iniziative del tempo libero rivolte alle persone con disabilità. Negli anni scorsi le risorse messe a disposizione non hanno avuto sostanziali modifiche.

Tenendo conto dell'attuale situazione economica non ci si deve aspettare un aumento della spesa per le iniziative nell'ambito del tempo libero. Nel medio e lungo periodo si tenderà ad una diminuzione del finanziamento di spese amministrative a favore della copertura delle spese riguardanti l'esecuzione delle iniziative.

Tab. 14) *L.P. n. 13/91* Importi dei contributi per spese correnti ed investimenti per iniziative del tempo libero - Andamento negli ultimi 5 anni

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
spese correnti	2.760.377,94	2.958.039,38	3.483.154,00	3.603.403,85	3.410.381,78
Investimenti	2.059.473,00	1.836.200,00	1.369.082,76	986.060,00	779.000,00

Tab. 15) *L.P. n. 13/91* Importi dei contributi per spese corrente ed investimenti per iniziative del tempo libero - Finanziamento 2011-2015

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
spese correnti	3.357.645,50	3.300.000,00	3.300.000,00	3.300.000,00	3.300.000,00

Investimenti	805.000,00	805.000,00	750.000,00	500.000,00	500.000,00
--------------	------------	------------	------------	------------	------------

## V. Considerazioni generali sul finanziamento

Il finanziamento degli enti gestori dei servizi sociali per i servizi per persone con disabilità ha avuto il seguente sviluppo negli ultimi cinque anni:

Tab. 16) Ammontare della spesa

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Servizi residenziali	21.033.065	21.254.169	21.393.995	21.438.153	21.477.642
Servizi semiresidenziali	21.670.612	23.025.500	21.979.405	22.345.927	21.783.795
<b>totale</b>	<b>42.703.677</b>	<b>44.279.669</b>	<b>43.373.400</b>	<b>43.784.080</b>	<b>43.261.437</b>

Tab. 17) Ammontare delle entrate (prodotti, partecipazione):

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Servizi residenziali	3.575.325	3.721.466	4.433.203	5.410.798	5.654.196
Servizi semiresidenziali	3.330.515	3.645.369	3.533.019	3.931.831	4.187.760
<b>Totale</b>	<b>6.905.840</b>	<b>7.366.835</b>	<b>7.966.222</b>	<b>9.342.629</b>	<b>9.841.956</b>
<i>% copertura dei costi</i>	<i>16,17%</i>	<i>16,64%</i>	<i>18,37%</i>	<i>21,34%</i>	<i>22,75%</i>

Tab. 18) Costi a carico del fondo sociale (spesa - entrate):

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Servizi residenziali	17.457.740	17.532.703	16.960.792	16.027.355	15.823.446
Servizi semiresidenziali	18.340.097	19.380.131	18.446.386	18.414.096	17.596.035
<b>Totale</b>	<b>35.797.837</b>	<b>36.912.834</b>	<b>35.407.178</b>	<b>34.441.451</b>	<b>33.419.481</b>

### Obiettivo:

L'obiettivo consiste nel consolidamento dei costi che non comporti diminuzioni nel campo della disabilità.

Tab. 19) Evoluzione dei costi 2011-2015

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Totale</b>	<b>ca. 44 mil.</b>	<b>ca. 44 mil.</b>	<b>ca. 44 mil.</b>	<b>ca. 44 mil.</b>	<b>ca. 44 mil.</b>
	euro	euro	euro	euro	euro

Le offerte aggiuntive che derivano dal trasferimento da altri fondi di bilancio, non sono qui considerati.

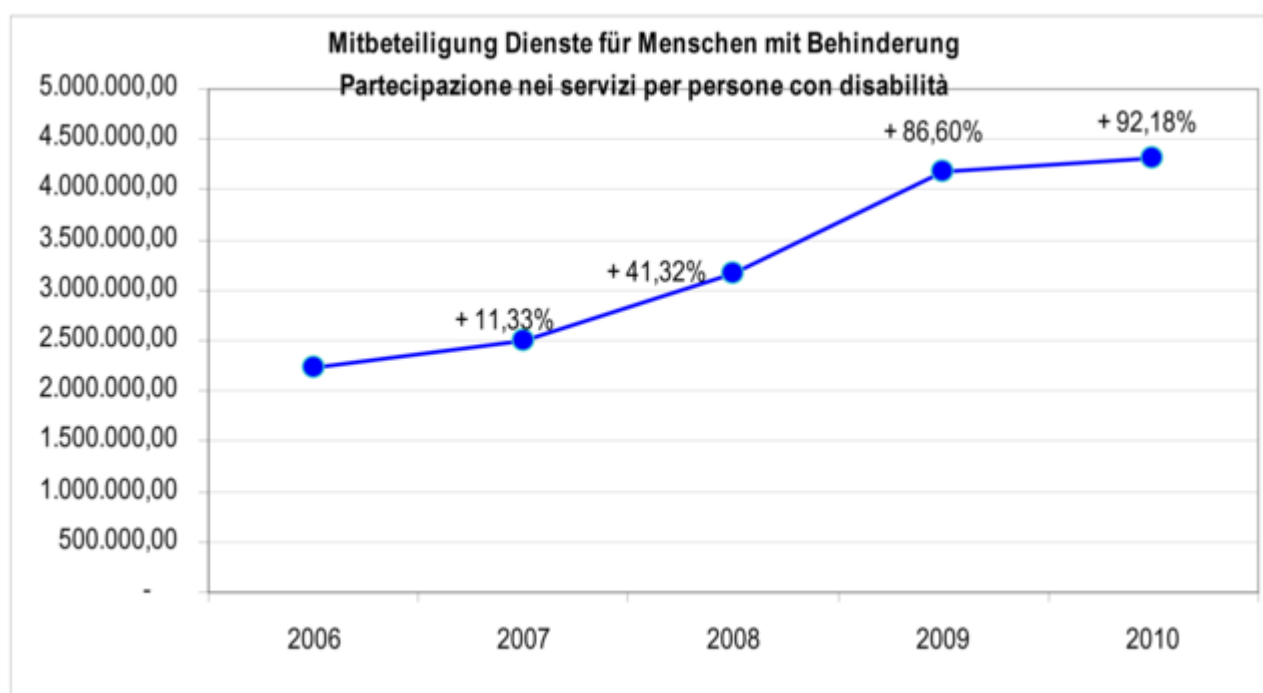
Inoltre qualsiasi verifica per l'ottimizzazione delle risorse finanziarie erogate sia agli enti gestori pubblici e agli enti privati deve partire da un serio monitoraggio delle iniziative e delle offerte nei vari settori. In rif. al capitolo 4.3, paragrafo J.5 del Piano di settore è dunque compito dell'ufficio competente coordinare la raccolta dei dati in modo trasversale (scuola, sanità, lavoro, formazione, trasporti, edilizia abitativa, cooperazione, ecc.), per confrontare tutte le risorse che vengono dedicate nell'area della disabilità e pianificare gli interventi più opportuni e definire le priorità.

### V.1. Le entrate da partecipazione negli anni 2006-2010

Con l'introduzione degli interventi economici per la non autosufficienza è aumentata sensibilmente la partecipazione degli utenti. A partire dal 2008 l'assegno di cura fa parte della tariffa per utilizzo dei servizi sociali, per l'assistenza e la cura erogata all'utente da parte del servizio. La quota dei costi del servizio a carico del fondo sociale si è dunque ridotta visibilmente.

Tab. 20) Andamento delle entrate negli ultimi 5 anni

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Servizi residenziali	1.729.372 euro	1.894.032 euro	2.531.777 euro	3.460.533 euro	3.562.378 euro
Servizi semiresidenziali	511.769 euro	600.997 euro	635.456 euro	721.523 euro	744.689 euro
<b>Totale</b>	<b>2.241.141 euro</b>	<b>2.495.029 euro</b>	<b>3.167.233 euro</b>	<b>4.182.056 euro</b>	<b>4.307.067 euro</b>
<i>% incremento rispetto all'anno precedente</i>		11,33%	26,94%	32,04%	2,99%
<i>% incremento rispetto al 2006</i>		11,33%	41,32%	86,60%	92,18%



## 6. Misure d'intervento

Scarica il file

---

- (2) Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, 13 dicembre 2006
- (3) ISTAT: <http://www.disabilitaincifre.it/prehome/quantidiabilitainitalia.asp>, 7 febbraio 2008
- (4) Definizione ai sensi della *Legge quadro 104/92*, recepita dalla *Legge provinciale n. 3/98*
- (5) "ICF - Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità, OMS, 2001
- (6) 1997 Trattato di Amsterdam, art. 13: "... prendere i provvedimenti opportuni per combattere le discriminazioni fondate sul sesso, la razza o l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali."
- (7) *Legge 9 gennaio 2004, n. 6* "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali", *art. 1.*
- (8) *L.P. 17.09.1973, n. 59* "Provvidenze in favore dei minorati e disadattati sociali", *L.P. 9 dicembre 1978, n. 65* "Servizio provinciale socio-sanitario e riabilitativo a favore dei minorati", *L.P. 21.08.1978, n. 46* "Provvedimenti concernenti gli invalidi civili, i ciechi civili e sordomuti"
- (9) *L.P. 30.06.1983, n. 20* "Nuove provvidenze in favore dei soggetti portatori di handicaps"
- (10) *L.P. 30.04.1991, n. 13* "Riordino dei Servizi sociali in provincia di Bolzano"
- (11) Provincia Autonoma di Bolzano, Ripartizione Servizi sociali, "Relazione sociale 2005", 2005
- (12) (Studio della Commissione, "Definizione del termine di "disabilità" in Europa: un'analisi comparata", Brunel University, settembre 2002)
- (13) ISTAT: <http://www.disabilitaincifre.it/prehome/quantidiabilitainitalia.asp>, 7 febbraio 2008
- (14) "Rapporto Gender salute" 2005 ASTAT p. 76
- (15) "Rapporto Gender salute" 2005 ASTAT p. 76
- (16) Statistiche sociali 2009, Provincia Autonoma di Bolzano, Ripartizione Politiche sociali, p. 61
- (17) *L.P. 21 agosto 1978, n. 46* "Provvedimenti concernenti gli invalidi civili, i ciechi civili e sordi"
- (18) Il termine di "sordomuti" è stato abolito con provvedimento legislativo e sostituito con quello di "sordi" nel 2007
- (19) Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni - La condizione delle persone con

disabilità nell'unione europea allargata: "La condizione dei disabili: piano d'azione europeo 2006-2007

(20) Relazione sociale 2005, Ripartizione Servizi sociali, Provincia autonoma di Bolzano

(21) ASTAT 2009

(22) Relazione sociale 2007, p. 51

(23) UILDM: Unione Italiana per la Lotta contro la Distrofia Muscolare

(24) Mc Grother et al., 2001

(25) Eyman, Haveman, 1990

(26) Schulz, König, Leidl, Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich, 2000

(27) Cfr.: "Piano sociale 2007-2009", Bolzano

---

#### **Allegato**

### **Piano di settore disabilità - Obiettivi e sfide delle politiche per le persone con disabilità in Alto Adige 2012-2015 - in linguaggio semplice**

Scarica il file